This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0440 5750

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

THE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR
PALO ALTO, CALIFORNIA

# CONGRÈS
## DES MÉDECINS
# ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
## DE FRANCE
### ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

---

XIVe SESSION

Tenue à PAU du 1er au 7 Août 1904.

VOLUME I

**Publié par le Dr GIRMA, Secrétaire général.**

# RAPPORTS

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1904

# CONGRÈS

DES MÉDECINS

# ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

## DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

---

PAU - 1904

IMPRIMERIE-STÉRÉOTYPIE GARET

J. EMPÉRAUGER, IMPRIMEUR

PAU

# CONGRÈS
## DES MÉDECINS
# ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
## DE FRANCE
## ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

---

XIVe SESSION

Tenue à PAU du 1er au 7 Août 1904.

VOLUME I

**Publié par le Dr GIRMA, Secrétaire général.**

# RAPPORTS

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1905

LANE LIBRARY

# RAPPORTS

SUR LES

# QUESTIONS DU PROGRAMME

# ERRATA

| | Au lieu de : | Lisez : |
|---|---|---|
| [redacted] : | [redacted] | [redacted] |
| p. 21, ligne 30 : | conséquences *de* rechute | conséquences de *la* rechute |
| p. 24, — 31 : | persécuté même criminel | persécutés, même criminels, |
| p. 29, — 22 : | articles 19 §§ 37 | articles 19 § 2, 37 |
| p. 32, — 2 : | aliénée | *atténuée* |
| p. 36, — 36 : | la questions | la question |
| p. 43, — 31 : | l'irresponsabilité *pour* | l'irresponsabilité *par* |
| p. 44, — 34 : | *les* traiter | *le* traiter |
| p. 48, — 23 : | les aliénés à sursis *sauf* | *sauf* les aliénés à sursis |
| p. 52, — 30 : | à *irresponsabilité* | à responsabilité |
| p. 60, — 27 : | ne recouvrent *pas* | ne recouvrent |
| p. 64, — 21 : | Conseil général | Conseil général *de la Seine* |
| p. 71, — 3 : | n'est toujours, | n'est, toujours |
| p. 74, — 16 : | à lui ; d'une expertise | à lui ; *en s'éclairant d'une expertise* |
| p. 75, — 22 : | qu'à côté de la | qu'*en sauvegardant la* |
| p. 78, — 3 : | quartier spécial | quartier spécial *et la maison centrale* |
| p. 88, — 20 : | on n'hésitera *pas* | on n'hésitera *plus* |
| p. 88, — 29 : | où *ils* seront conduits | où seront conduits |
| p. 95, — 8 : | aliénés criminels | *criminels-aliénés* |
| p. 99, — 11 : | aliénés *et devenus* | aliénés *et détenus* |
| p. 105, — 3 : | *dans* certains établissements | *pour* certains établissements |
| p. 107, — 15 : | Asile des aliénés criminels | Asile *Central* des aliénés criminels |
| p. 112, — 15 : | Seine. Leur place | Seine. *Il lui reste encore ceux à la charge de l'État ; c'est encore trop.* Leur place |
| p. 119, — 23 : | être dangereux | être *très* dangereux |
| p. 123, — 36 : | inculpés | *les* inculpés |
| p. 127, — 24 : | en faire criminel | en faire *un* criminel |
| p. 137, — 1 : | pas avant d'avoir pratiqué cette réforme l'asile | pas, avant d'avoir pratiqué cette réforme, *d'*asile |

24600

# Des Mesures à prendre à l'égard des Aliénés criminels

PAR

le Dr P. KERAVAL

Médecin en Chef a l'Asile de Ville-Evrard (Seine).

## GÉNÉRALITÉS

Cette question comporte, en réalité, l'étude de l'assistance des aliénés criminels, des criminels aliénés, des aliénés méconnus et condamnés, des aliénés dangereux, des aliénés vicieux, des aliénés difficiles, des anormaux quelconques sur les frontières de la folie qui ont eu maille à partir avec l'autorité ou avec la justice. Elle comporte aussi l'examen des doctrines de la criminalité et des dégénérescences acquises sous l'influence d'habitudes vicieuses telles que l'abus des boissons alcooliques.

Elle implique des connaissances étendues sur l'administration, la juridiction, la procédure non seulement de notre pays mais des pays étrangers à notre époque et dans les temps anciens.

La multiplicité des documents à consulter est, à raison de la diversité professionnelle des auteurs qui ont écrit sur ces matières, telle qu'il me paraît impossible en un laps de temps si court de donner un tableau absolument complet de tous les points de vue, de toutes les faces, qu'elle embrasse. Bien que nous nous soyons mis à la besogne presque au moment de la clôture du dernier Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, nous ne sommes pas bien certain d'avoir réussi à formuler exactement toutes les opinions médicales ou autres.

Pour fixer les idées, envisageons les définitions toutes provisoires qui se dégagent des travaux qui sont entre toutes les mains.

Un aliéné criminel est un aliéné qui, ayant commis un crime ou un délit, est considéré par la justice comme irresponsable de l'acte qu'il a commis, soit pendant son état de folie soit sous l'influence d'un mouvement de l'âme en rapport avec un substratum cérébral probablement ou certainement anormal.

Un criminel aliéné est un criminel devenu aliéné après l'exécution de l'acte criminel ou délictueux dont il a été reconnu responsable. Comme on le verra par la suite, il n'est pas bien certain qu'il ne s'agisse pas aussi, en l'espèce, d'un aliéné criminel, car le nombre des individus examinés dans les prisons a révélé une proportion assez notable de dégénérés ou d'aliénés. De plus, on a relevé un important pourcentage d'aliénés méconnus et condamnés ; en d'autres termes il semble qu'on ait souvent condamné à tort pas mal de personnes dont une expertise médico-légale préalable eût fait reconnaître ou soupçonner l'irresponsabilité.

L'aliéné dangereux est un aliéné dont les tendances ou les actes font courir aux personnes qui l'entourent un danger quelconque, soit au dehors, soit à l'asile.

L'aliéné vicieux est un aliéné chez lequel prédominent des perversions instinctives qui, elles aussi, sont susceptibles de se traduire par des actes dangereux soit pour la morale, soit pour les personnes, soit pour les propriétés.

L'aliéné difficile est celui dont le caractère ne se plie à aucune des règles ou des attitudes bienveillantes du milieu dans lequel il vit et qui est une cause de trouble et d'insubordination dans une collectivité quelconque.

Les anormaux quelconques qui côtoient les frontières de la folie et sont l'objet de la surveillance constante de l'autorité, qui la plupart du temps bénéficient de la responsabilité limitée, qui vont de la prison à l'asile et inversement, ce sont ces instables incomplets souvent raisonneurs, qui sont constamment en lutte contre les lois.

Les criminels proprement dits ou criminels d'habitude sont les vrais criminels à propos desquels Lombroso a édifié une doctrine qui ne semble pas encore démontrée. Si, parmi eux,

il en est qui justifient un diagnostic médical ferme, ceux-là rentrent dans une des catégories précédentes au même titre que certains criminels d'occasion. Nous n'avons pas l'intention de scruter à fond la question du criminel-né, ni les relations du crime avec l'aliénation mentale. Nous l'effleurerons à propos de certains travaux.

Quant aux dégénérescences acquises de par les excès alcooliques, elles font partie d'un des groupes quelconques d'aliénés criminels ou de criminels aliénés définis plus haut. Et au surplus, le diagnostic purement médical des mécanismes de l'aliénation mentale criminelle ne rentre dans le cadre de la question que d'une manière accessoire. Il est vrai, comme nous le dirons plus loin, que pour faire une besogne utile d'assistance, appropriée à chaque cas particulier, il conviendrait, au préalable, d'avoir fixé des éléments biologiques sous-jacents à toute espèce considérée. Mais nous ne pouvons ici qu'en faire toucher du doigt la nécessité, ignorant du reste si les principes des désidérata à établir sont actuellement susceptibles d'affirmations positives.

La complexité des opinions successivement mises en lumière à l'occasion des aliénés dont l'internement dans les asiles ordinaires paraît avoir préoccupé les esprits nous impose, avant tout, l'obligation d'analyser les principaux mémoires que nous avons pu nous procurer. Nous le ferons aussi brièvement que possible. Cette méthode historique mettra progressivement en relief les titres fondamentaux des différentes mesures proposées, ainsi que leurs rapports avec la nature des préoccupations qui ont engendré les formules correspondantes.

---

# CHAPITRE PREMIER

## Historique.

On s'accorde à représenter Georget (1828) comme le promoteur en France de l'idée des mesures spéciales à prendre à l'égard des aliénés criminels. Tout ce que nous avons pu trouver dans les œuvres de ce savant, c'est que « aucune disposition législative n'autorisant la séquestration des aliénés dans une maison de force après que leur guérison est constatée, les fous homicides auraient le droit de réclamer leur liberté sans qu'on pût légalement la leur refuser, ce qui les mettrait à même de faire de nouvelles victimes s'ils éprouvaient une rechute »... Mais « tous les aliénés peuvent inspirer de semblables craintes »... et « les effets d'un second accès sont bien moins à craindre que ceux du premier, parce qu'on est fixé sur les prodromes ». Ce n'est qu'une question de surveillance. « Que si l'on croit devoir traiter avec plus de sévérité l'aliéné qui a commis un homicide, on pourra le tenir enfermé longtemps après sa guérison, en se fondant sur ce que les fous sont sujets aux rechutes même après plusieurs années de retour à la raison... Si l'on prétend faire un sacrifice plus grand à la sûreté publique et aux préjugés populaires, que l'on ajoute à l'article 64 du code pénal un paragraphe qui *déclarera les aliénés homicides passibles d'une séquestration à temps ou perpétuelle ;* jusque-là on n'a pas le droit de les traiter autrement que les autres aliénés [1]. »

Aubanel émet l'avis que les fous homicides déclarés irresponsables soient à tout jamais privés de leur liberté parce que leur guérison, en admettant qu'elle arrive, peut ne pas être durable [2].

1. — Discussion médico-légale sur la folie. Archives générales de médecine, 1826, t. XI, p. 540 et 541 ; t. XII, p. 47, loi du 24 août 1790 ; article 475 du code pénal.

2. — Rapports judiciaires et considérations médico-légales sur quelques cas de folie, 1825.

Quoi qu'il en soit, le 7 avril 1837, M. Boyard député, propose à la loi sur les aliénés en discussion un amendement à propos des aliénés criminels. Il demande d'annexer à l'article 12 un article permettant au Ministère public de faire transférer dans une maison d'aliénés la personne qui, par suite de débats criminels ou correctionnels, avait été considérée comme en état de démence au moment de l'action pour laquelle elle aurait été poursuivie. M. le Président Dufaure fait observer que : l'arrêt criminel ne déclare pas le fait d'aliénation mentale ; l'aliénation mentale peut avoir cessé au moment du jugement ; la séquestration incombe à l'autorité administrative ; le Ministère public n'a pas qualité pour déclarer de la nature de l'aliénation mentale. MM. de Gobery et Boyard proposent alors que « lorsqu'il résultera des débats en matière criminelle ou correctionnelle qu'un individu était en état de démence ou de fureur au moment de l'action pour laquelle il a été poursuivi, le Ministère public puisse, si cet état de démence existe encore au moment de l'acquittement, provoquer dès les 24 heures un ordre de placement de cet individu dans une maison d'aliénés ».

La Commission rejette cet amendement.

A la Chambre des Pairs, M. de Perry fait à peu près la même motion. M. de Barthélemy, rapporteur de la Commission, expose les motifs de refus basés sur ce qu'en pratique les Cours d'assises siégeant dans les chefs-lieux, les Présidents ou Procureurs peuvent demander immédiatement aux Préfets ou aux Maires un ordre de transfert instantané de la personne acquittée dans un établissement d'aliénés [1].

*
* *

En 1846, Brierre de Boismont [2] *propose de créer des établissements spéciaux pour fous, vagabonds et criminels* ou tout au moins des divisions spéciales. Les premiers seraient à son avis des faibles d'esprit, irrésolus, incapables de gagner leur vie, devenant par suite des persécutés et des violents que l'on a tort de condamner. Les seconds, qui n'en restent pas moins des crimi-

1. — Ch. Constant : *Revue pénitentiaire*, 21e année, 1897, p. 766. — Internement des aliénés criminels. Alombert Coget, in-8°, 1902.

2. — *Annales d'hygiène et de médecine légale*, XXXV, p. 396, 1846.

nels malgré leur délire ou leur démence, ne sauraient être admis dans un asile d'aliénés ordinaire parce qu'ils « sont *dangereux* et troublent la tranquillité des autres malades dont la liberté se trouve restreinte à cause des mesures de précaution qu'exigent les aliénés criminels : aussi l'Asile, dans ce cas, ressemble-t-il à une prison plutôt qu'à un hôpital » ; de plus, un établissement d'aliénés ne peut, quoi qu'on fasse, prévenir leur évasion ; enfin il est peu conforme à la morale de laisser ainsi de grands criminels confondus avec de pauvres insensés.

« Cet établissement spécial, ajoute M. Brierre, ne serait pas moins nécessaire *aux prévenus qui simulent la folie...* Il est certain que plusieurs d'entre eux ont réussi à s'évader. Avec un établissement comme nous le concevons, la fuite ne serait pas possible et l'on aurait tout le temps convenable pour reconnaître la fraude sans faire peser la surveillance sur des personnes véritablement malades.

» S'il est hors de doute qu'un certain nombre de mauvaises actions doivent être attribuées à des perturbations de l'esprit, et qu'il soit contraire à la justice et à la morale de mettre cette classe d'individus sur la même ligne que les criminels ordinaires, la Société n'en a pas moins le droit de réclamer leur séquestration, leur mise en liberté pouvant causer un préjudice notable aux autres. Il n'est pas juste que, dans le cas même où l'insanité n'est pas un objet de doute, l'acquittement leur vaille un brevet d'impunité. *Nous croyons que leur séquestration doit avoir pour base la durée des peines qu'ils encourraient s'ils étaient reconnus criminels.* En agissant ainsi on prend les mesures de sécurité qu'exige la sûreté de la Société, mais on n'imprime pas sur le front d'un aliéné la marque de crime... Aux aliénés vagabonds l'isolement n'est pas moins nécessaire (imperfection de leur esprit, mobilité, inconstance). » M. Lunier, approuvant ces conclusions [1], fait des vœux pour qu'elles soient prises en considération par le Gouvernement.

*
* *

En 1852, Brierre de Boismont rend compte dans les *Annales médico-psychologiques* (t. IV, p. 472) de l'article de Forbes

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1846, VIII, p. 118. *Revue* de Lunier.

Winslow sur le nouvel asile d'aliénés criminels de Dundrum (Comté de Dublin) *in Journal of psychological medicine*, 1851 ; il insiste sur son utilité et surtout sur le cas d'un capitaine de navire atteint de *monomanie homicide* qui, croyant que son équipage voulait se révolter et le tuer, massacra sept de ses matelots.

En 1854, dans une analyse d'ensemble de plusieurs brochures anglaises de W. Wood[1], W. Ch. Hood[2], J. Ch. Bucknill[3], dans les mêmes Annales (t. VI), il s'exprime ainsi :

« Tandis que l'Angleterre, ce pays pratique par excellence, a constaté depuis fort longtemps l'existence de fous auxquels elle a donné le nom de criminels, à raison même de la nature de leurs actes, et décidé qu'ils ne seraient plus confondus avec les véritables coupables, on *s'obstine en France à envoyer dans les prisons centrales et les bagnes des individus dont on ne conteste pas la monomanie mais que l'on punit parce qu'on les assimile aux gens passionnés qui conservent leur libre arbitre.* »

Parmi les auteurs anglais analysés et admirés par Brierre, Wood préconise :

A) l'admission des circonstances atténuantes pour les délirants partiels ;

B) la suppression de la question de discernement du bien et du mal comme base du jugement en matière d'aliénation mentale ;

C) un *Asile d'État* qui serait composé de deux grandes divisions.

1° Celle des *malades d'État*, comprenant trois sections :

*a/* La section des fous ayant commis des crimes et des délits sous l'influence de leur folie, auxquels il serait permis, sous certaines conditions, de vivre dans l'Asile conformément à leurs habitudes ;

*b/* La section des individus que des habitudes déraisonnables mettent hors d'état de contrôler leurs actions et qui sont une occasion de ruine pour eux et leurs familles ;

*c/* La section de ceux dont la maladie mentale quoique incontestable n'est pas assez intense pour les rendre irresponsables.

1. — Remarks of the plea of insanity and on the management of criminal lunatics, 1851-1852.

2. — Suggestions for the future provisions of criminal lunatics, 1854.

3. — On the classification and management of criminal lunatics, 1851.

2° La division des *convicts*, c'est-à-dire des condamnés devenus aliénés pendant la durée de leur peine, exigeant une surveillance plus rigoureuse mais humaine.

Wood est d'avis qu'il faut rendre la liberté aux détenus qui, n'ayant pas commis de crime entraînant la peine capitale, présentent des signes certains d'une complète guérison, mais qu'il convient de *maintenir séquestrés les meurtriers et les grands criminels* dont on adoucirait le sort autant que possible.

Bucknill *ne croit pas qu'il soit nécessaire de mettre dans un asile spécial tous les aliénés désignés sous le nom de* fous criminels. En revanche, il lui faut *un asile pour les aliénés à dispositions criminelles, dépravés, vicieux,* dont beaucoup ne sont pas des fous criminels ; ils exigent d'après lui un traitement qui participe de la nature de la correction ; leur contact dans un asile ordinaire est bien plus dangereux que celui des aliénés qui se sont rendus coupables envers la loi. Généralement ces derniers n'apportent pas une grande perturbation dans le service et il est facile à l'asile ordinaire même de prendre toutes les précautions nécessaires contre ceux qui sont véritablement dangereux.

Après avoir critiqué les asiles de Bethlem et Fisherton, il propose la création d'un établissement spécial dans lequel on mettrait :

1° Les aliénés maintenus par le Gouvernement ;

2° Les aliénés condamnés quand bien même ils auraient recouvré la raison après le jugement ;

3° Les aliénés à instincts dangereux et à caractères dépravés ;

4° Les aliénés à instincts dangereux internés par ordre dans les asiles et reconnus dangereux.

M. Hood repousse l'idée d'un grand asile central, trop coûteux, et de nature à augmenter les préjugés contre les asiles.

Placez, dit-il, les *grands criminels* à Bethlem.

Placez les aliénés *coupables de fautes moins graves* dans les asiles ordinaires.

Les condamnés devenus aliénés après jugement seraient placés dans une cour particulière de la prison attenant à l'infirmerie et traités là comme pour une autre maladie.

*
* *

En 1868 et 1869 a lieu à la Société médico-psychologique la discussion sur *les aliénés dangereux*[1]. Nous y voyons successivement traiter non seulement cette question aux divers points de vue selon lesquels chacun l'envisage, mais encore celle de la *création d'asiles spéciaux* pour les *aliénés dits criminels*, c'est-à-dire pour les *aliénés dangereux traduits devant les tribunaux* (Jules Falret); celle encore des *asiles spéciaux pour fous criminels* comme en Angleterre (Brierre de Boismont); celle aussi des *asiles différents pour les curables*, les *incurables*, les *dangereux*, les *inoffensifs* (Auguste Voisin).

Résumons les manières de voir sur les *aliénés dangereux*.

La détermination précise du danger qu'un aliéné quelconque fait courir à la Société ne saurait se formuler d'une manière générale; c'est l'étude clinique de chaque aliéné en soi et des formes et périodes de sa maladie mentale qui permet de prévoir avec quelque probabilité le degré du danger que peuvent présenter ces malades (Jules Falret, Morel). En général, les *aliénés sont presque tous dangereux* dans la période d'évolution de leur maladie, soit comme suicides, soit comme homicides, ou disposés à faire des actes extravagants qui compromettent leur honneur, leur fortune, les intérêts de leur famille. Sont particulièrement portés à des actes d'une perversité extrême les raisonnants, les périodiques, les impulsifs (Morel). Il y a des aliénés dangereux temporaires, des aliénés dangereux à perpétuité; un acte homicide peut être la crise terminative, le dernier acte de la folie; par contre, un homicide ou tel acte dangereux peut être en rapport avec le retour d'une indisposition physique périodique et alors l'aliéné peut être dangereux à perpétuité (Morel). Nous ne sommes pas en mesure scientifiquement de distinguer à des signes certains les aliénés dangereux ou non dangereux (Belloc). Tout aliéné qui a commis un crime, séquestré à l'asile comme dangereux, qui, sans être guéri, ne paraît plus dangereux, pourra être mis en liberté si sa famille demande sa sortie en offrant des garanties de surveillance suffisantes (Billod). Le danger est évidemment une chose essentiellement relative qui dépend d'une foule de circonstances quelquefois fortuites, acci-

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1869, I, pp. 86, 116, 136, 276, 294, 301, 316 et 464.

dentelles, souvent presque étrangères à la maladie ; en certains cas, il se rattache essentiellement au trouble mental (délires impulsifs, alcooliques, délires mystiques, hallucinés, accès maniaques furieux des épileptiques) ; l'aliéné inoffensif à l'asile peut au dehors, s'il n'est pas bien dirigé et surveillé, devenir dangereux (utilité à cet égard des colonies) (Dagonet, Billod). Dagonet conclut ainsi :

« Les malades qui ont commis des actes dangereux doivent être l'ob-
» jet d'une observation minutieuse et prolongée. Mais, *lorsque le méde-*
» *cin* a la ferme conviction que la guérison est complète, *son droit ne*
» *va pas jusqu'au point de continuer à faire considérer l'individu*
» *comme atteint d'aliénation mentale par cette seule raison qu'il a*
» *commis un acte regrettable et qu'avant tout les intérêts de la société*
» *doivent être sauvegardés.*

» Ni la nature du crime, ni sa gravité ne sauraient donner à la mala-
» die aucun pronostic défavorable.....

» Il me répugne d'admettre cette opinion qui paraît avoir été émise
» par Esquirol qu'un aliéné lorsqu'il a commis un *crime grave* doit
» être maintenu pendant toute sa vie dans un établissement d'aliénés. »

*
* *

Passons à la question des *asiles spéciaux pour aliénés criminels*. J. Falret en repousse la création comme injustifiée au point de vue de l'intérêt social de même qu'à celui des aliénés eux-mêmes. Il rappelle l'origine de leur installation en Angleterre (1800) à propos d'un régicide. Depuis longtemps, Bedlam, près Londres, avait une section spéciale pour les aliénés criminels ; quelques divisions du même genre existaient en quelques autres asiles de la Grande Bretagne et surtout dans les prisons. C'est en réalité en Irlande, en 1843, qu'est née l'idée de fonder un asile spécial de cette espèce ; il a été ouvert à Dundrum en 1850, près Dublin. Comme on s'en est trouvé fort satisfait, sur les instances des Commissionners in Lunacy, datant d'ailleurs de 1844, on a construit celui de Broadmoor qui a été ouvert en 1863. Par contre, la législation anglaise restreindrait plutôt le nombre des admissions dans les asiles d'aliénés criminels : on n'envoie guère dans les asiles spéciaux que des aliénés dont l'acte criminel a eu un grand retentissement ou s'est accompagné de circonstances monstrueuses. Les autres sont envoyés dans des asiles ordinaires. Quant aux condamnés qui, après avoir subi

leur peine, sont reconnus aliénés, ils sont admis aisément dans des asiles spéciaux (il faut remarquer, du reste, que le plus souvent ils étaient aliénés au moment du crime), mais à la condition que les actes commis par eux aient été assez violents et assez graves pour qu'il devienne fâcheux de les mélanger avec d'autres malades indemnes des mêmes antécédents. L'Angleterre aurait donc demandé des asiles distincts pour certains seulement des aliénés dits criminels et non pour tous.

En réalité *il n'y a pas d'aliénés criminels.* C'est le hasard qui fait que les aliénés ordinaires n'ont pas commis d'actes semblables. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les formes morbides des uns et des autres. C'est le hasard qui fait que les uns sont enfermés après un acte commis, tandis que les autres l'ont été auparavant afin de les empêcher d'en commettre. L'homicide, le vol, l'incendie, les actes obscènes, etc., sans parler du vagabondage et d'autres actes moins importants (délits) peuvent, de toute évidence, être commis par des aliénés appartenant aux formes les plus diverses des maladies mentales.

Ces aliénés criminels sont même quelquefois plus inoffensifs et moins dangereux que beaucoup d'autres arrêtés avant d'avoir eu le temps de se livrer à des actes violents et qui y sont en réalité portés soit par leur caractère normal, soit par la nature spéciale de leur affection. Ils constituent, en réalité, un nombre très restreint en comparaison de celui bien autrement considérable des aliénés vraiment dangereux, ni criminels, ni délictueux. (Statistiques de la sûreté de Bicêtre, de Broadmoor, de Dundrum.)

*L'asile spécial offrirait-il des conditions de sécurité supérieures à celles de l'asile ordinaire contre l'évasion ?*

Puisqu'il y a dans des asiles ordinaires quantité d'aliénés dangereux non criminels, il faut à ces derniers une section spéciale, d'autant qu'ils sont fréquemment plus dangereux que les aliénés criminels et certainement en nombre supérieur. Eh bien, cette section spéciale offrira toutes les garanties possibles. C'est affaire de surveillance. Mais ne faites pas d'asiles-prisons, gardez-vous aussi de faire de votre section spéciale un quartier de rigueur. Créez simplement dans l'asile un quartier offrant des conditions particulières de sécurité à la disposition du médecin répartiteur. D'ailleurs l'agglomération des malades de ce genre

et l'application des mesures de répression multiplient toujours les évasions.

*Est-ce blesser profondément les sentiments les plus honorables des familles et des aliénés ordinaires que de mettre dans un asile ordinaire des individus criminels ?*

S'il en était ainsi, ce serait un préjugé à combattre ; car plus le crime commis par un aliéné est atroce, plus le malheureux est digne de compassion et de respect. Du reste les crimes monstrueux sont infiniment peu nombreux ; à ces espèces-là conviendrait la section spéciale près certaines prisons de Parchappe. Tout le monde reconnaît que tous les aliénés condamnés par la justice ne présentent pas ce même inconvénient d'humilier par leur présence les autres aliénés et leurs familles ; or, ils forment la presque totalité des aliénés dits criminels.

On a invoqué un *motif légal,* celui *des prérogatives de la loi à raison des actes commis.* Ces difficultés peuvent être tournées en modifiant les lois sans qu'il faille créer pour cela des asiles-prisons.

Et M. Falret (J.), conclut :

1° La seule chose admissible, à la rigueur, serait la *création de petits quartiers d'aliénés annexés à quelques maisons centrales pour certains malades tout-à-fait exceptionnels par leur caractère essentiellement dangereux, ou par l'extrême notoriété des actes qu'ils auraient accomplis.* — 2° Il n'y a pas lieu de fonder des sections spéciales dans les asiles. — 3° *A fortiori* n'y a-t-il pas lieu de fonder des asiles complets distincts pour les aliénés dits criminels.

*
* *

La contre-partie nous est fournie par Brierre de Boismont. Prenant principalement pour objectif les dégénérés criminels produits de l'hérédité, de l'ivrognerie, de la misère, de la contagion, du vice, du mauvais exemple, de l'abandon des parents, aliénés dangereux pour la sécurité publique, il soutient que ces individus ont, à raison de leur origine et de leur croyance invincible aux conceptions délirantes qui les maitrisent qu'ils ne peuvent contrôler ou contre lesquelles leur volonté est impuissante, *tendance à répéter les mêmes actes* et que par conséquent il faut les séquestrer dans un lieu spécial. Hood a montré qu'en 1852 il y en avait 524 et que maintenant ils sont près de 700. En

établissant entre eux une sélection judicieuse, il serait facile d'envoyer exclusivement dans un asile central de sûreté ceux qui sont les plus dangereux, dont le nombre est plus considérable qu'on ne le pense. On arriverait par un examen attentif des aliénés aux déterminations suivantes :

1° Doivent être placés dans des *quartiers particuliers annexés à l'asile :*

*a)* Les aliénés dont les mauvais instincts ne sont pas incorrigibles, qui obéissent à la règle ;

*b)* Les aliénés vagabonds, souvent imbéciles, dont la place est dans les asiles où on peut les traiter et les occuper.

2° L'*Asile Central spécial* serait destiné :

*a)* Aux homicides, incendiaires, voleurs, aux coupables d'attentats aux mœurs, et d'une façon générale à tous ceux qui ont des tendances nuisibles persistantes ;

*b)* Aux persécutés qui ont tué et veulent toujours tuer ;

*c)* Aux individus à crimes étranges, telle l'empoisonneuse de Genève, 1868 ;

*d)* Aux aliénés qui, ayant commis un crime, exigent une longue observation, telles les formes raisonnantes ;

*e)* Aux criminels simulateurs ;

*f)* Aux malades nés avec des instincts de perversité morale malgré les bons exemples qu'ils ont dans leur famille ;

*g)* Aux sombres fanatiques qui tuent pour réaliser leurs utopies mais dont la conduite a son explication dans la folie ;

*h)* Aux aliénés à tendances incorrigibles.

La création d'un asile spécial tranquilliserait les consciences des magistrats et des jurés en leur donnant les moyens de sauvegarder la société et mettrait fin à ces condamnations douloureuses qui n'ont pour excuse que le défaut d'observation des fous.

***

Auguste Voisin ne voit pas de par la clinique de distinction possible entre les aliénés dangereux et les aliénés inoffensifs sauf peut-être pour un petit nombre, exception faite des *criminels aliénés qui doivent être soumis forcément à certaines précautions et placés dans des quartiers distincts attenant aux asiles.*

***

De 1869-1878, l'ensemble des thèmes précédemment précisés trouvent, à l'étranger, des détracteurs et des partisans. Il suffit notamment de lire les mémoires de Cappelli [1], Gatsch [2], Chapman [3], Semal [4], David Nicholson [5], ainsi que les résolutions de la Société des Médecins d'Asiles des États-Unis [6] pour s'en convaincre.

Les uns, comme Cappelli, veulent des manicomes spéciaux destinés aux aliénés délinquants quelconques sauf pour ceux qui sont devenus tranquilles et inoffensifs (en démence). Les autres, à l'exemple de Gatsch, plaident en faveur du maintien dans les asiles ordinaires des aliénés meurtriers, tandis qu'ils réclament pour les condamnés aliénés une annexe à la maison de détention. Semal refuse de partager les aliénés en aliénés criminels et aliénés non criminels ; ce sont tous des malades nécessitant des moyens de surveillance et d'isolement différents de ceux des aliénés ordinaires, voilà tout.

*
* *

En 1878, la Société médico-psychologique reprend la question des aliénés dits criminels [7]. Cette fois nous voyons M. Billod pencher pour les conclusions de Maxime du Camp dans son livre sur Paris ; « les aliénés dits criminels pouvant, aux termes de la loi de 1838, sortir de l'asile après guérison malgré les chances qu'ils ont de redevenir malades » il semblerait naturel que le *pouvoir d'ordonner leur internement fut attribué à l'autorité judiciaire ;* un pareil ordre ne devrait être, en l'espèce, que le corollaire de l'ordonnance de non-lieu ou de l'acquittement.

M. Legrand du Saulle s'inscrit résolûment avec M. l'Avocat

1. — De la nécessité de créer des manicomes criminels dans le royaume d'Italie. (*Archivio italiano*, 1872.)

2. — Où placer les condamnés aliénés. *Allgemeine. Zeitschrift f. Psychiâtrie*, 1873.

3. — Inconvénients du placement des aliénés dits criminels dans les asiles. *Mental Science*, 1873 (4e trimestre).

4. — De la situation morale et légale et du placement des aliénés criminels et dangereux. In-8°, Bruxelles, 1876.

5. — Un chapitre sur l'histoire des aliénés criminels en Angleterre. *Mental Science*, 3e trimestre 1877.

6. — Traitement des aliénés criminels. *American journal of Insanity*, 1873.

7. — *Annales médico-psychologiques*, 1878, t. XX, p. 94.

général Hémard contre cette sorte de *thérapeutique discrétionnaire*, de *détention expiatoire*, de *tombeau moral anticipé*. Il maintient la séparation des pouvoirs, considérant que l'arrêt de non-lieu ou l'acquittement désarme équitablement la Justice et que l'autorité administrative doit être le balancier de la Justice. La vérité, conclut-il, est que tout cela n'est qu'affaires d'espèces.

M. Lunier croit par contre nécessaire *d'établir une jurisprudence nouvelle* en ce qui concerne les aliénés criminels et autant que possible d'obtenir la *création d'asiles spéciaux* pour cette catégorie de malades.

Mais cet appel a été entendu et M. E. Proust, Substitut au Tribunal de la Seine, écrit son Rapport au nom de la 1re section de la Société générale des prisons[1] ; dans son désir d'éviter tout conflit entre la magistrature et l'administration, et à la Société tout péril de la part des aliénés intermittents, après enquête en Europe et aux États-Unis, il propose d'ajouter à la loi du 30 juin 1838 les dispositions suivantes sous les articles 42, 43, 44, 45, 46, 47 et 48 :

Art. 42. — Toutes les fois que l'état de démence d'un individu inculpé d'un fait qualifié crime ou délit par la loi aura motivé en sa faveur, soit une ordonnance de non-lieu, soit un jugement ou un arrêt d'acquittement, *le Ministère public aura le droit de requérir sa translation dans un asile, lorsque cet état de démence sera de nature à compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes.*

Art. 43. — Les réquisitions du Ministère public seront adressées aux Préfets qui seront tenus provisoirement d'y faire droit.

Art. 44. — La *sortie* d'un aliéné ainsi placé ne pourra avoir lieu que sur l'avis conforme du Procureur de la République du lieu de séquestration.

Art. 45. — Les individus condamnés pour crime ou délit qui deviendraient aliénés postérieurement à leur condamnation pourront, sur l'avis conforme du Procureur de la République du lieu de détention, être conduits dans un asile ; mais, lors de l'expiration de leur peine, ces aliénés condamnés seront assimilés aux aliénés spécifiés dans l'article 42, et ils ne pourront être mis en liberté que dans les mêmes conditions.

Art. 46. — Les frais de translation et les dépenses d'entretien, de

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1880, t. III, p. 377. — Législation relative aux aliénés criminels.

**séjour et de traitement des individus séquestrés par application des art. 42, 43, 44 et 45 seront à la charge de l'État.**

**Art. 47. — La sortie des individus séquestrés en vertu des art. 42, 43, 44 et 45 pourra être demandée conformément à l'article 29 de la présente loi.**

**Art. 48. — Un règlement d'administration publique, qui devra être rendu dans le délai d'une année, déterminera les conditions d'organisation et de fonctionnement *d'asiles spécialement réservés* au placement des aliénés spécifiés dans les articles 42 et 45. Il pourra ordonner suivant les circonstances, soit auprès des prisons, soit auprès des établissements d'aliénés actuellement existants, la création de quartiers distincts spécialement affectés à cette destination.**

*
* *

Et la discussion sur les *asiles d'aliénés criminels* de reprendre encore une nouvelle activité à la *Société médico-psychologique* d'octobre 1881 — décembre 1882[1]. Elle débute par l'éloge que M. Motet fait de l'asile anglais de Broadmoor[2] pour aliénés criminels ; il vient de le visiter et ce genre d'établissements lui paraît indispensable en France.

Tel n'est pas l'avis de M. Christian. Un aliéné qui, poussé par son délire, a commis un acte réputé crime, est simplement un malade dangereux ; à cet égard presque tous les *aliénés ont la virtualité criminelle.* Il convient de le surveiller de très près pour qu'il ne recommence pas ; car si l'on voulait mettre à part dans un asile spécial les aliénés qui sont allés jusqu'à la réalisation des actes dont ils sont tous capables « je ne vois pas où vous vous arrêteriez ». Les individus qui, ayant été *condamnés* pour un crime dont ils ont été reconnus responsables, deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine sont, ou des aliénés méconnus et condamnés à tort, ou des individus qui, sous le rapport mental, ne diffèrent pas des aliénés dits criminels. La folie a pour caractère général de précisément changer complètement la manière d'être de l'individu. *Il n'existe pas de signe auquel on puisse reconnaître un aliéné criminel.* C'est pour cela précisément que le no-restraint fleurit à Broadmoor. Et c'est

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1882, t. VII, pp. 144, 280, 296 ; t. VIII, pp. 297, 259. — 1883, t. IX, pp. 111, 131, 313.

2. — *Annales médico-psychologiques*, t. VI, novembre 1881, p. 410.

pour cela aussi qu'il a fallu s'ingénier pour trouver les éléments de population de cet asile.

Il est faux que le mélange d'individus qui ont commis les crimes les plus atroces avec des aliénés ordinaires impressionne péniblement les aliénés et leurs familles. L'aliéné ne conserve pas dans son délire les idées, les opinions, les principes vrais ou faux qui sont l'apanage des gens raisonnables. Les familles n'ont pas ce scrupule ; car chacun sent d'instinct que son malade aurait pu, lui aussi, commettre un crime ou un délit et que s'il ne l'a pas commis, c'est par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

« Tous les aliénés, quels qu'ils soient, peuvent trouver place dans nos asiles, tels qu'ils existent, et c'est au médecin seul qu'il appartient de déterminer les soins et la surveillance nécessaires à chacun. »

Quant à mettre l'aliéné criminel guéri en liberté, il est *à craindre qu'une fois en liberté, rendu à ses habitudes, replacé dans le milieu* où il est devenu malade une première fois, son délire ne reparaisse et avec les mêmes formes : (Exemples de Dagonet, de Baume, de l'orateur lui-même). Il faut donc *tenir l'aliéné criminel enfermé jusqu'à la fin de ses jours,* en lui rendant la vie aussi douce que possible. Pour cela nos asiles suffisent.

M. Motet réplique que la *déclaration d'irresponsabilité* ne suffit pas à faire rentrer l'aliéné criminel dans la catégorie des aliénés ordinaires ; que les asiles d'aliénés *regorgeant de malades* facilitent les sorties, tant par exigences budgétaires que par sollicitations locales ; que souvent les aliénés qu'on y reçoit y arrivent sans renseignements et que le directeur ignore qu'il s'agit d'un individu ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement après un fait qualifié crime. De là les avantages d'un *asile spécial d'État ;* lui seul au surplus permettra la détention perpétuelle. Enfin, la situation de ces aliénés criminels doit être réglée par une loi. Il faut dégager la responsabilité du médecin d'asile.

La discussion serrée qui s'engage et à laquelle prennent part MM. Delasiauve, Dagron, Lunier, Foville, Falret, Motet, Brunet, Christian, trahit un désaccord inconciliable. Une Commission

composée de MM. Falret, Dagonet, Legrand du Saulle, Christian, Collineau, est chargée de présenter un rapport.

La Commission pense que les *individus devenus aliénés après condamnation ou au cours du jugement,* incombent à la magistrature qui devrait être souveraine quant au maintien ou à la sortie de ces malades ; quant aux *aliénés criminels* qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu à l'instruction ou qui sont reconnus aliénés au cours du procès, c'est-à-dire *avant les mesures judiciaires,* ils devraient toujours être placés dans un asile ordinaire alors même qu'on admettrait des asiles spéciaux pour les deux premières catégories. En tout cas, la Commission est absolument défavorable à la création d'asiles d'aliénés criminels ; elle se borne donc à présenter à la Société cinq questions dont la première préjudicielle :

1° Y a-t-il utilité d'étudier des mesures législatives et la création d'un asile spécial pour des aliénés criminels ?

2° Si oui, à quelle catégorie d'aliénés cet asile et ces mesures seraient-ils applicables :

*a)* Aux condamnés seulement ?

*b)* Aux aliénés homicides seulement ou bien à tous les genres de crimes (vols, incendies, outrages aux mœurs) ?

*c)* A tous les aliénés ayant passé devant les tribunaux ou à certaines catégories seulement (avant, pendant, après le procès) ?

*d)* A tous les aliénés dangereux venant des autres asiles ?

3° Quelles seraient les dispositions spéciales de localités ou de règlements à recommander pour la sécurité intérieure de cet asile central ?

4° Quelles mesures législatives devrait-on proposer pour l'admission, le séjour, la sortie des malades de cet asile spécial ?

5° Quelle serait l'autorité chargée de prononcer sur l'entrée, le séjour, la sortie de ces malades ? Magistrats, Commission exclusivement composée de médecins, Commission mixte ? *Quid* de la composition de la Commission ? Par qui cette Commission serait-elle nommée ?

La Société, admettant la première question (10 voix sur 18 votants), il est procédé à la discussion des autres.

Il y a lieu, d'après M. Billod, de *créer un asile spécial pour les aliénés criminels* afin :

*a)* D'éviter la promiscuité entre les aliénés ordinaires et ceux qui portent les stigmates d'une condamnation ;

*b)* De ménager la susceptibilité des familles et la conscience des délirants partiels, qui souffrent de ce contact avec des hommes *condamnés* ou seulement *entachés* de l'antécédent d'un crime ; ils en souffriraient même si ces derniers étaient dans une section à part ;

*c)* De pouvoir appliquer à ces aliénés-là les mesures de coercition et de surveillance plus strictes et plus étroites que ne comporte le régime des asiles ordinaires.

Dans cet asile spécial d'aliénés criminels condamnés ou ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement, on mettrait encore tous les aliénés qui ont exécuté des tentatives de crime et ont passé devant les tribunaux, qu'ils aient été condamnés ou non, à moins que, dans les circonstances de la cause, les tribunaux eux-mêmes n'aient trouvé des motifs d'exceptions. On y mettrait encore ceux des aliénés dangereux qui ont été condamnés ou qui ont passé devant les tribunaux.

Ceux des aliénés dangereux non criminels, dont le *caractère dangereux* ne se serait affirmé que par des tendances encore restées sans effet seraient placés dans les quartiers spéciaux de surveillance et de sûreté des asiles ordinaires.

Une Commission spéciale devrait formuler l'ensemble des dispositions spéciales de localités ou de règlements à recommander pour la sécurité intérieure de l'asile.

C'est à l'autorité judiciaire qu'incomberait d'ordonner l'admission et la sortie de cet asile spécial.

L'ordre d'internement devrait être le corollaire de l'ordonnance de non-lieu (juge d'instruction), ou de l'acquittement (la cour) à la suite du verdict d'acquittement.

L'ordre de sortie serait également rendu par l'autorité judiciaire mais après examen d'un rapport rédigé par une Commission mixte où prédominerait l'élément médical ; cette Commission serait nommée par l'autorité judiciaire.

Telle est, à peu de chose près, l'opinion de MM. Lunier et Motet. L'aliéné criminel, comme tout criminel, doit être placé dans des conditions telles qu'il ne puisse recommencer ; l'aliéné dangereux ne doit pas rester à la merci du Conseil départemental, du Conseil communal, du Préfet ; il doit être à la charge de

l'État. Les dispositions légales présentes ne contiennent rien qui permette à un magistrat quelconque d'agir, ni même au médecin. D'ailleurs la *Commission extra-parlementaire* chargée de l'enquête préalable à la révision de la loi de 1838 a décidé la création soit d'un asile spécial, soit de quartiers spéciaux annexés à l'asile principal, et les modifications à la loi dans les termes que voici. (Communication de M. Motet.)

### Section III. — DES ALIÉNÉS DITS CRIMINELS

Art. 32. — Tout inculpé poursuivi pour crime ou délit qui a été relâché ou acquitté comme irresponsable de l'acte imputé à raison de son état mental, sera interné dans un établissement d'aliénés par mesure administrative.

Si sa sortie est demandée à une époque quelconque pour cause de guérison, elle ne pourra être ordonnée qu'après examen de son état mental par la Commission instituée par l'article 40 (ci-après), assistée du médecin en chef de l'asile et d'un avocat inscrit au tableau des avocats près la Cour ou le tribunal du lieu de situation de l'asile et élu par les membres de cet ordre.

Si la Commission est d'avis, à la majorité des voix, qu'il n'y a pas lieu d'autoriser la sortie, il y sera sursis pendant six mois pour la première fois et pendant un an pour les fois suivantes.

Art. 33. — Sont conduits et retenus dans un asile spécial ou dans des quartiers spéciaux d'aliénés :

1° Les condamnés qui, au cours de leur peine, sont atteints d'aliénation mentale ;

2° Ceux qui, antérieurement à l'époque où la folie se déclare, ont été condamnés à une peine afflictive et infamante ;

3° Ceux *qui ont commis dans l'asile* où ils sont placés un *acte qualifié crime;*

4° Ceux qui, ayant commis des crimes passibles d'une peine afflictive ou infamante, ont été relevés ou acquittés comme *irresponsables* à raison de leur état mental.

En réunissant dans un asile ces quatre catégories, la Commission a pensé qu'elles ne sauraient y être confondues.

Elle a pensé aussi que les paralytiques généraux pourraient, sur l'avis du médecin en chef de l'asile spécial, être renvoyés à l'asile de leur Département d'origine.

M. Dagonet *repousse l'asile spécial disposé en somme comme une maison centrale,* défavorable par suite au traitement ration-

nel de l'aliénation mentale. Il serait au moins convenable de *bien auparavant distinguer le genre de folie qui rendrait cette mesure nécessaire*. Seule une Commission médicale serait compétente. Mieux vaudraient des *quartiers spéciaux* annexés aux asiles. C'est aussi l'avis de M. Delasiauve. M. Legrand du Saulle s'élève encore plus énergiquement contre ce qu'il appelle le *bagne appliqué aux fous*. L'expérience qu'il a faite de la Sûreté de Bicêtre lui fait repousser tout projet tendant à la construction d'une bastille. *Murer à jamais un individu qui peut guérir*, c'est le conduire au suicide !

La péroraison de Legrand du Saulle est à reproduire en partie :

« Quel est le médecin qui est sûr d'une rechute pathologique et d'une récidive criminelle ? Pourquoi faut-il condamner alors un malheureux à passer trente ans ou plus dans votre asile d'aliénés criminels, en prévision d'un attentat qu'il ne commettra peut-être jamais ?.... Assimilez-le au moins au scélérat qui, le jour de l'expiration de sa peine, est libre.... Ayons pour nos malades des entrailles sincèrement paternelles et, sous le prétexte d'accorder à la Société une protection qu'elle ne réclame nullement, ne nous transformons ni en geôliers, ni en bourreaux. Ne sortons pas de notre rôle, restons d'honnêtes médecins. »

M. Foville est, lui, partisan de la *sélection* avant placement et après le placement, en vertu de cette opinion qui dit qu'il n'est pas nécessaire de placer dans l'asile spécial tous les aliénés criminels, ni d'y laisser indéfiniment tous ceux qu'on aura cru devoir y placer. Quant à *leur sortie*, l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 suffit.

M. Motet et M. Billod pensent que les conséquences de rechute d'un aliéné criminel sont bien plus graves que celles de la rechute d'un aliéné ordinaire et que, par suite, l'article 29 susvisé et la Chambre du Conseil ne suffisent pas.

M. Motet explique, en outre, que la grande Commission du Ministère de l'Intérieur comprendrait : le Médecin de l'asile spécial, un Inspecteur général du Ministère de l'Intérieur, un Magistrat de la Cour du ressort de l'asile, un membre du notariat, un Avocat. Ce qui, en somme, comme le fait remarquer M. Blanche, ne donne pas une autorité suffisante au corps médi-

cal. Cette Commission ferait l'office des *Commissioners in Lunacy* de l'Angleterre proposant la sortie ou le maintien des aliénés détenus pour le bon plaisir de S. M. à Broadmoor.

*
* *

Nous n'insisterons pas sur la communication ultérieure de MM. Falret et Espiau de La Maëstre à la *Société médico-psychologique,* intitulée *Sortie des aliénés dits dangereux, criminels*[1], des 12 novembre et 10 décembre 1883, ni sur le Rapport de M. Blanche à l'Académie de Médecine[2] en réponse à l'avis demandé par la Commission du Sénat chargée de l'examen des réformes proposées à la loi de 1838, parce que les détails précédents montrent suffisamment les arguments et les mesures qui sont à l'ordre du jour.

Quatre documents nous arrêteront un peu.

Tel le mémoire de Sommer[3] où nous relèverons que la *détention cellulaire* est *rarement cause de folie,* qu'elle n'a pas les inconvénients qu'on lui prête et que c'est tout au plus si elle précipite l'aliénation mentale. Telle encore la discussion des asiles d'aliénés dits criminels à la Société de médecine de *Belgique*[4] qui vote des conclusions identiques à celles de notre Commission extra-parlementaire. Telle aussi l'étude casuistique d'E. Chambard sur la *mise en liberté des aliénés*[5] qui demande la *création de Colonies d'aliénés dangereux;* ces colonies fourniraient aux aliénés, dont la séquestration doit être de longue durée ou illimitée, les éléments d'un travail véritablement rémunérateur et des conditions d'existence aussi analogues que possible à celles qui constituent la vie sociale. Enfin l'Académie de Médecine de *Bruxelles,* en juin 1889, admet la nécessité d'un *asile unique* propre à la séquestration de *tous les aliénés dangereux* — aliénés ayant commis un acte réputé crime — condamnés pour crimes, devenus aliénés après condamnation — aliénés

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1884, t. XI, pp. 144 et 300.

2. — *Annales médico-psychologiques,* 1884, t. XI, p. 253.

3. — Contribution à la connaissance des aliénés criminels. *Allg. Zeitschrift für Psychiâtrie,* 1883.

4. — *Annales médico-psychologiques,* 1888, t. VII, p. 189. — Chronique de Ritti.

5. — *Annales médico-psychologiques,* 1888, t. VIII, p. 390.

déjà internés ayant commis ou tenté de commettre un acte réputé crime.

***

Nous avons hâte d'arriver à la communication de M. Marandon de Montyel sur les *aliénés dits criminels*[1], du 23 février 1891. Cette communication avait, en effet, pour objet de fournir les moyens de dépister la *criminalité dans la folie*, de montrer les *signes physiques et psychiques trahissant l'aliéné dangereux* et le séparant de l'aliéné inoffensif, quelle que soit la forme mentale ; ces signes permettraient de prévoir et par suite d'éviter un malheur. L'humanité, dit l'orateur, se fortifie et s'améliore ; on reconnaît cette progression à l'harmonie, à la symétrie physiques et mentales. Ou bien elle s'affaiblit, se dégrade : c'est la désharmonie, l'asymétrie matérielles et intellectuelles. Enfin elle régresse et le type des races disparues reparaît avec ses violences, sa criminalité. Eh bien ! l'aliéné criminel c'est le dégénéré régressif. On reconnaît la régression au caractère de violence et de révolte et la folie porte à leur apogée les dispositions criminelles ataviques. C'est pourquoi le condamné, devenu aliéné, est le pire des malades ; chez celui-ci, la régression a agi avant la dégénérescence. *Mais aliéné criminel et criminel devenu aliéné sont à la fois dégénérés et régressifs.* Il faut donc mettre à part dans des asiles spéciaux tous les aliénés chez lesquels on constate, avec les stigmates psychiques, les stigmates physiques de régression, les stigmates physiques de la criminalité de Lombroso ; il faut les y mettre quel que soit leur passé, que l'acte ait précédé ou suivi la folie, qu'il ait été antérieur ou postérieur à la séquestration, même s'il n'y a que des tendances criminelles pourvu que ces tendances soient marquées, indiscutables. Et il convient de remettre à la Justice le soin de les interner ; il faut aussi que leur sortie soit entourée de difficultés telles que la mise en liberté, même après guérison, devienne exceptionnelle.

A cette théorie M. Christian[2] répond que la preuve reste à faire et que l'on ne peut jamais préjuger avec certitude de ce que

1. — Société médico-psychologique. *Annales médico-psychologiques*, 1891, t. XIII, p. 434.

2. — *Annales médico-psychologiques*, 1891, t. XIII, p. 452.

sera un aliéné d'après son passé raisonnable. Tout aliéné a la virtualité criminelle ; il peut commettre à tout instant de par son délire une grave infraction à la morale ou à la Loi (Littré) ; sans quoi on ne l'enfermerait pas. Il n'y a médicalement parlant rien qui permette de distinguer l'aliéné qui, sous l'influence de son délire, a commis un crime, de l'individu condamné pour crime et devenu aliéné après condamnation dans la prison où il subissait sa peine.

*
* *

La même année, M. H. Coutagne présente son rapport au Congrès de Médecine mentale de Lyon sur la *responsabilité légale* et la *séquestration des aliénés persécuteurs*. La mise en liberté de ces malades est l'objet de la discussion de la Société médico-psychologique en mars 1892[1]. L'aliéné persécuteur gagnerait, pour M. Coutagne, à être soustrait du voisinage de certains malades agressifs ou incommodes ; la *colonie agricole* pourrait, au moins par moments, lui être appliquée. Quant au persécuteur signalé par un caractère dangereux, intense et incurable on pourrait installer pour lui en Nouvelle-Calédonie une colonie dans laquelle il trouverait un travail approprié, une diversion à ses idées pathologiques, loin des occasions incessantes qui en font le fléau de ses concitoyens de la mère-patrie. Dans l'impossibilité où l'on se trouve d'affirmer la guérison complète et l'innocuité du persécuté devenu calme et peut-être simplement réticent (P. Sollier, P. Garnier, Christian, Vallon, Briand, Joffroy) ; on agite à la Société médico-psychologique l'institution d'une *Commission médicale* chargée de proclamer ou non la sortie exempte de péril (P. Garnier) ; la création de *colonies* spéciales à *liberté relative* pour ceux de ces internés à vie (Joffroy) ; les *sorties sous garanties* comme en Angleterre (Th. Roussel). M. Auguste Voisin cite cependant deux exemples de persécuté même criminel guéris.

*
* *

Il convient de rapprocher de cet ensemble la thèse de C. Allaman[2] particulièrement consacrée à l'analyse des circonstances

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1892, t. XV, p. 467.
2. — Des aliénés criminels. Paris, in-8°, 1891.

morbides dans lesquelles les *aliénés deviennent homicides ;* la rechute paraît à l'auteur probable : il réclame des asiles spéciaux comme en Angleterre.

C'est encore en 1892 que paraît le Rapport de M. P. Garnier au 3me Congrès d'anthropologie criminelle[1], qui conclut à la *nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction.* En cinq ans, MM. Magnan et Garnier ont compté à l'admission de Sainte-Anne 255 condamnés qu'on avait dû interner quelques jours après leur jugement. Une inspection médicale de tous les prévenus indiquerait simplement l'opportunité de l'expertise médico-légale pour tels ou tels.

N'oublions pas l'instructif article de P. Nœcke sur *la folie et le crime*[2]. Il n'existe pas de psychose propre à l'incarcération ; la fréquence de la démence chez les prisonnières s'explique par leur faiblesse d'esprit originelle ; tout en elles respire le vice, le crime, le manque de sens moral ; les défectuosités du caractère troublent les symptômes de la maladie mentale quand celle-ci se montre. Il n'existe pas davantage de psychoses des vagabonds qui sont des faibles d'esprit, des épileptiques, des neurasthéniques, ou des paranoïques primaires semblables à tous les aliénés de ces catégories respectives. Aliénés criminels et criminels aliénés sont donc simplement intraitables à l'asile, quand leur attitude, leur caractère, leur conduite les rend insoumis. D'ailleurs un très grand nombre de criminels aliénés ont été condamnés injustement parce que déjà malades. Les non-dangereux seront gardés à l'asile ordinaire. Un asile central ne convient qu'aux grands pays et il a beaucoup d'inconvénients ; d'autre part, conserver à l'asile les *criminels aliénés, vicieux et indisciplinés* nuit au traitement des autres aliénés qui exige, contrairement au traitement des premiers, le no-restraint ; mieux vaut les placer dans un *quartier annexe de la prison.* A rapprocher pour mémoire les opinions de Jelgersma, Houzé et Warnots[3]. Il existe des rapports intimes entre les symptômes cliniques du criminel-né et les autres formes de l'aliénation

1. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* novembre 1892.

2. — Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiâtrie,* 1892.

3. — 3e Congrès international d'anthropologie criminelle de Bruxelles, août 1892.

mentale, surtout par l'intermédiaire des psychoses dégénératives ; les dégénérés sont, comme le dit Ch. Féré, des produits héréditairement dégradés de la race dont ils relèvent ; il faut pour tous ceux qui, soit dans un asile d'aliénés soit en dehors d'un asile, ont, sous l'influence d'un trouble mental, commis ou tenté de commettre un des actes qualifiés crimes ou délits par la Loi, construire des asiles spéciaux comme celui de Broadmoor. (de Bœck et P. Otlet.)

***

Nous ne pouvons que signaler les *folies du caractère* de M. Charpentier[1] et leurs rapports avec les *séquestrations multiples* (Marandon de Montyel[2]) ou avec les *asiles spéciaux ;* elles émanent de vicieux plus ou moins alcooliques, allant de la prison à l'asile et inversement, mettant partout le désordre, au sujet desquels on n'est pas bien d'accord quant à l'opportunité de leur traitement, de leur condamnation, du mode de leur séquestration. Doivent-ils, en qualité de *fous dangereux,* être assimilés au *criminel instinctif* ou *fou moral* que M. Garnier (P.) veut diriger sur des *asiles de redressement,* mais par jugement après expertise médico-légale et ne faire sortir que par une décision de l'autorité judiciaire éclairée par les constatations d'une Commission médicale[3] ?

***

Signalons également le Rapport de M. Motet au nom de la Société de Médecine légale de France au Congrès pénitentiaire International[4]. Tout délinquant irresponsable, ou tout délinquant dont la responsabilité est diminuée au moment du crime ou du délit, doit être interné par décision judiciaire dans un asile spécial ou dans des quartiers spéciaux annexes à un asile ou à une maison de détention.

***

Voici venir maintenant la note de M. Henri Monod sur *les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics*

1. — Société médico-psychologique, 31 octobre 1892 ; *Annales médico-psychologiques,* 1893, t. XVII, p. 70.

2. — Société médico-psychologique, 27 juin 1892 ; *Annales médico-psychologiques,* 1892, t. XVI, p. 280.

3. — *Annales d'hygiène et de médecine légale,* mai 1890.

4. — *Annales d'hygiène et de médecine légale,* août 1895.

(décembre 1886-1890) *et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation*[1]. Elle est le complément de la thèse de Pactet sur les aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux et d'un rapport précédemment résumé de M. P. Garnier (1892). M. le Directeur de l'Assistance publique de France conclut, d'une enquête sur les asiles publics d'aliénés, que pendant la période quinquennale sus-indiquée il n'y aurait pas eu moins de 700 personnes condamnées, auxquelles une expertise médico-légale eût probablement épargné cette condamnation. Cette constatation efface en grande partie la dénomination des criminels devenus aliénés déjà fortement touchée. M. Monod demande que les juges d'instruction possèdent certaines notions indispensables leur permettant de distinguer l'opportunité de l'examen médical ; que l'on rattache par un lien plus étroit les aliénistes à l'instruction des affaires judiciaires ; que l'on inscrive dans la loi des dispositions donnant à la magistrature toute sécurité au sujet de l'internement des aliénés dangereux.

*
* *

Abordons le rapport magistral de M. Gilbert Ballet, sur les *mesures législatives contre les dits délinquants « irresponsables*[2] ». Ce rapport présenté au Ve Congrès pénitentiaire international de Paris (1895), répond à la question suivante : Quelles mesures sont à prendre dans l'intérêt de la sécurité sociale contre les délinquants irresponsables ou contre ceux dont la responsabilité est diminuée au moment du crime ou du délit (faiblesse d'esprit, aliénation mentale, etc ?...) Il n'y a ni crime ni délit, dit l'article 64 du code pénal français, quand le prévenu était en état de *démence*, terme qui, d'après Chauveau et Faustin Hélie, s'applique « à toutes les variétés de l'affection mentale, quelques dénominations que leur applique la science... pourvu que leur influence sur la perpétration de l'acte puisse être présumée ». Les législations des divers pays ont adopté cette décision avec quelques différences d'interprétation sur les conditions de l'irresponsabilité. Mais les aliénés qui bénéficient en raison de leur état mental d'une ordonnance de non-lieu ou d'un

1. — Communication au Congrès annuel de médecine mentale de Clermont-Ferrand, août 1894. *Annales médico-psychologiques*, 1895, t. I, page 183.

2. — *Annales médico-psychologiques*, 1895, t. II, p. 250.

acquittement n'en constituent pas moins un péril public, et la Société a le devoir de se protéger contre le retour des actes offensifs dont ils sont et restent capables. Après le non-lieu ou l'acquittement, l'aliéné criminel est mis à la disposition de l'autorité administrative qui devient à sa guise l'arbitre de la situation ; si d'aventure l'aliéné est rendu à sa famille, celle-ci n'est nullement obligée à l'internement ; à l'asile, l'aliéné peut être séquestré le temps qu'il plaît au médecin traitant de sorte que les aliénés les plus dangereux pourront être remis en liberté et la Société ne sera pas protégée contre le retour de leurs déplorables entraînements. (Ambroise Tardieu.)

Les fous dangereux se subdivisent, d'après M. Ballet, en :

*A)* Aliénés chroniques dont le délire incurable peut, jusqu'au voisinage de la mort, faire courir à la Société quelque danger.

Exemples : 1° le délire des persécutions à évolution systématique ;
2° les persécutés persécuteurs (type Falret) ;
3° les maniaques raisonnants ;
4° les imbéciles à instincts pervers ;
5° les obsédés et impulsifs.

Les premiers doivent être internés préventivement et pour toujours ; il faut se défier de leurs rémissions plus apparentes que réelles.

Les seconds, moins homicides que les précédents, sont coupables d'insultes, d'accusations mensongères, de voies de faits ; les maniaques raisonnants s'en rapprochent. On ne saurait poser en principe pour ces malades la séquestration définitive.

Les imbéciles pervers étant congénitalement incurables, il faut prendre à leur égard des mesures protectrices continues et définitives.

Quant aux obsédés et impulsifs, ils présentent des exacerbations et des accalmies justifiant des sorties provisoires.

*B)* Aliénés par crises de durée courte ou longue avec intervalles normaux ou voisins de la normale.

Exemples : 1° les épileptiques ;
2° la folie intermittente des dégénérés à poussées intermittentes de délire notamment de délire des persécutions ;
3° les alcooliques délirants hallucinés.

Il ne saurait pour les deux premières espèces être édicté de règles uniformes applicables à tous les cas.

Les alcooliques incombent aux asiles d'alcooliques et de buveurs où l'on poursuit le but de les guérir et de la folie alcoolique et surtout de l'habitude de boire.

*C)* Aliénés atteints de folie transitoire et curable ou de psychoses aboutissant à la déchéance physique et morale, et par suite inoffensifs à un moment donné.

EXEMPLES : 1° mélancoliques ;
2° paralytiques généraux ;
3° déments organiques.

Peut-être pourrait-il y avoir lieu de s'occuper des *mesures préventives* et de veiller à l'application stricte de nos articles 18 et 19 de la loi de 1838 qui visent le danger imminent ou le danger contre l'ordre public des aliénés non séquestrés, et d'obliger, conformément aux articles 11 et 12 du projet de loi italien *Deprétis,* à l'internement quand la police ou le médecin traitant contraints à la déclaration ont avisé l'autorité.

S'agit-il d'aliénés qui se sont déjà rendus coupables d'un délit ou d'un crime, l'intervention de la magistrature dans le placement d'office des aliénés dangereux serait un réel progrès, conformément aux articles 19, §§ 37, 40, 47 du projet de loi soumis au Sénat en 1886[1], et à l'article 30 du projet de loi italien ; ces projets chargent le *médecin* (seul compétent) de *reconnaître la folie et le magistrat d'ordonner les mesures que la folie dangereuse comporte.*

En ce qui concerne l'opportunité de la maintenue ou de la sortie d'un aliéné criminel, les problèmes soulevés sont tellement délicats qu'il y a inconvénient et danger d'en demander la solution au seul médecin traitant. M. BALLET opine :

*a)* Pour une *Commission médicale* dont le médecin traitant pourrait faire partie, tout au moins à titre consultatif ; cette Commission, après enquête approfondie, déciderait si l'amélio-

1. — Comme nous en sommes maintenant au projet de Loi Dubief, il est inutile de transcrire les rédactions des projets Th. Roussel, J. Reinach, Laffont, qui sont conçus à peu près dans les mêmes termes et dans le même esprit.

ration de l'état mental est suffisante pour qu'on puisse *sans péril* rendre l'aliéné à sa famille ;

*b)* Mais la magistrature étant intervenue pour le placement, c'est à elle seule qu'il appartiendrait d'y mettre fin, de façon temporaire ou définitive. (Art. 39 du projet de loi français, art. 30 du projet de loi italien.)

*En quels établissements séquestrer les aliénés criminels ?*

L'article 38 de la loi votée par le Sénat français institue des asiles spéciaux ; Blanche appuie cette création à l'Académie de Médecine, le 22 janvier 1884 ; M. Brunet, d'Evreux, également au Congrès de Médecine mentale de 1889. Bourneville les rejette. M. Ballet distingue entre le *criminel aliéné* et l'*aliéné criminel*. Chez le criminel aliéné l'aliénation mentale n'est qu'un incident, ou tout au moins, un accident secondaire ; il est marqué d'une tare morale et sa promiscuité avec d'autres aliénés constitue une honte ; mettez-le dans une annexe des prisons, ou *dans des asiles-prisons comme Broadmoor et Gaillon.*

L'*aliéné criminel* a une situation morale tout-à-fait différente ; le délit ou le crime n'est qu'un incident de son état morbide.

Bourneville, dans son rapport à la Chambre sur le projet de loi voté par le Sénat, s'exprime ainsi :

« Nous ne voyons pas de raison sérieuse pour séparer les aliénés dits criminels des aliénés ordinaires. Ce sont des malades qui, sous l'influence de leur délire, ont commis des actes pour lesquels ils sont reconnus irresponsables. Ils ont droit, par conséquent, à être traités comme les autres malades, c'est-à-dire internés dans les asiles de leur département.

» Les placer dans des asiles nationaux, ce serait les éloigner de leur famille et aggraver leur situation d'une manière imméritée. Leur nombre, d'ailleurs, est très restreint.... Du reste, les partisans de cette création semblent l'avoir compris car ils demandent que *ces asiles soient en même temps affectés aux aliénés reconnus très dangereux.*

» Nous voyons à cette pratique de graves inconvénients.

» En effet, il est à craindre que les médecins ne se laissent entraîner par les surveillants ou les religieuses à se débarrasser des malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence.

» Tous les asiles possèdent des quartiers de cellules destinés

précisément aux malades de cette catégorie et à tous ceux qui exigent une surveillance particulière.

» On a même cherché à créer dans les asiles des quartiers où la surveillance et les installations sont encore plus complètes que dans les quartiers d'agités. Ceci peut être réalisé partout. »

M. Ballet pense aussi que les aliénés criminels ne sont pas plus difficiles à surveiller que les maniaques, les alcooliques aigus, les persécutés et même certains mélancoliques. *Rien ne s'oppose à ce qu'on garde dans les asiles ordinaires les aliénés criminels.*

Il y a, par contre, lieu de *créer des maisons spéciales intermédiaires à la prison et à l'asile* pour les *fous moraux délinquants* rapprochés du criminel-né de Lombroso, qui, généralement condamnés avec atténuation de la peine, sèment le désordre dans les asiles quand ils y sont internés. Dans ces établissements, où la discipline pourrait être rigoureuse, le travail devrait être obligatoire. La séquestration serait ordonnée par la magistrature, sur l'avis d'une Commission médicale. En principe, elle y serait définitive, mais on pourrait tenter des *sorties à titre d'essai* pour ceux de ces déséquilibrés dont les actes n'auraient pas présenté un caractère de gravité exceptionnelle et dont la conduite aurait été satisfaisante. On mettrait dans ces mêmes asiles *certains alcooliques ou épileptiques* ayant commis des méfaits en dehors de toute période délirante, à moins que l'on ne crée pour les épileptiques et les alcooliques des moyens d'assistance particuliers.

Reste le *vol à l'étalage dans les grands magasins ;* généralement après la première inculpation les récidives sont rares ; le chagrin et la honte suffisent pour les prévenir d'ordinaire. Point n'est besoin de recourir, une fois l'ordonnance de non-lieu rendue, à des mesures exceptionnelles.

M. Ballet, en résumé, demande :

1° L'internement et la sortie des aliénés criminels, reconnus après enquête médicale, irresponsables et dangereux, par les soins de la magistrature ;

2° L'internement dans les quartiers annexes des prisons des criminels aliénés ;

3° La création d'établissements intermédiaires à la prison et à l'asile pour y interner, après jugement, les fous moraux et certains autres

délinquants ou criminels dont la responsabilité est considérée en Justice comme aliénée ;

4° Le maintien dans les asiles des aliénés criminels proprement dits.

Dans sa critique de ce travail, M. Charpentier [1] déclare responsables les *aliénés aux séquestrations multiples* désignés sous les noms de fous moraux (folies de caractères), aliénés persécuteurs ; manie raisonnante ; ivrognerie ; mélancoliques délinquants.

Pour les autres, la loi de 1838 n'est pas insuffisante, elle est insuffisamment appliquée. La pratique législative proposée a un inconvénient surtout pour les sorties, l'avis du médecin traitant doit être prédominant.

Quant aux *asiles-prisons* ils ne valent pas la sûreté de Bicêtre perfectionnée, ou Gaillon.

M. Ballet réplique en maintenant que c'est à l'autorité judiciaire que doit appartenir la responsabilité de priver un individu de sa liberté ; voilà pour l'aliéné irresponsable. Quant à la responsabilité partielle, prenons le cas d'un alcoolique criminel, héréditaire, déséquilibré, hystérique, vagabond ; pour lui l'asile-prison (avis conforme de M. Henri Colin).

*
* *

Au rapport de M. Ballet se rattachent les trois questions posées à la Société médico-psychologique par M. Falret le 24 juin 1895 [2].

Doit-on confier ou non à la magistrature *l'entrée des aliénés criminels ?* Qui doit les maintenir ? Qui doit les faire sortir ?

M. Christian croit qu'il y a avantage à adopter qu'en cas de non-lieu l'aliéné criminel serait *ipso facto* placé dans un asile sans l'intervention de l'administration. Pour les questions de maintenue et de sortie il y a avantage à adopter l'idée de la Commission mixte (composée du Préfet ou son délégué, du Procureur général ou son délégué, du Médecin) qui statuerait ou ajournerait à un an ; le juge prononcerait (avis conforme de

1. — La Société médico-psychologique, 30 décembre 1895 ; *Annales médico-psychologiques*, 1896, t. III, p. 244.

2. — *Annales médico-psychologiques*, 1895, t. II, p. 296.

Vallon, Arnaud, Aug. Voisin, Charpentier). On pourrait d'ailleurs adopter comme en Angleterre et surtout en Écosse les *sorties conditionnelles* (Th. Roussel, Arnaud, Vallon, Christian) avec cautions et surveillance mensuelle ; on éviterait ainsi le danger des rechutes. Dans le cas de récidive identique comme celui du malade de M. Charpentier qui deux fois de suite tua sa femme et son enfant, le maintien à vie est de rigueur. (J. Voisin.)

***

Traitant du *crime* des *criminels* et des *aliénés criminels* M. D. Nicholson [1], le savant médecin de Broadmoor montre, par une statistique imposante, qu'il *n'y a pas de criminel-né ;* qu'il est impossible d'appliquer à la généralité des criminels des caractères physiques et mentaux arbitrairement choisis chez un nombre restreint de sujets ; qu'il faut tenir plus de compte des circonstances et motifs : la preuve, c'est que l'éducation et la discipline amendent les malheureux réfractaires, malgré les tares héréditaires dont ils sont chargés. Les *aliénés criminels* se distinguent des criminels ordinaires par la fréquence plus grande des crimes de violence (meurtres, tentatives de meurtre), le vol prédominant chez le criminel ordinaire.

***

Un cas dans lequel l'intervention de la magistrature serait, selon M. Ch. Vallon, indiquée [2] est celui relatif à un jeune homme de moins de 20 ans qui est *obsédé du besoin de tuer les filles publiques*. Qu'en faire quand la famille réclamera sa sortie ? Il a positivement lardé de coups de couteau une prostituée. Il conviendrait qu'avec l'ordonnance de non-lieu la magistrature prit l'initiative d'envoyer le malade dans un asile pour un temps minimum limité au bout duquel on serait appelé à se prononcer de nouveau sur l'opportunité du maintien ou de la sortie. Mêmes avis que précédemment de MM. P. Garnier, Charpentier, G. Ballet, Arnaud et Christian.

1. — Discours à la 54e réunion annuelle de l'Association médico-psychologique anglaise. *The journal of mental science*, octobre 1895.

2. — Obsession homicide. Société médico-psychologique, 25 novembre 1895. *Annales médico-psychologiques*, 1896, t. III, p. 112.

M. P. Garnier, dans son rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Nancy[1], août 1896, apprécie nettement à son point de vue certaines des questions qui nous intéressent :

1° La qualification de *dangereux* appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés ne suffit pas à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que, d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné *réputé inoffensif ne peut devenir à un moment donné une cause de danger* et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit le plus souvent à l'état chronique. — 2° Les plus grandes réserves sont recommandées quand il s'agit d'autoriser la *sortie* de certains malades que la *logique même de leur délire rend éminemment dangereux*, les *délirants persécutés*, par exemple, dont les efforts de dissimulation peuvent parvenir à tromper le médecin. — 11° Utilité des Sociétés de patronage. — 14° La loi de 1838 est bonne pourvu qu'on n'en n'oublie pas les dispositions fondamentales. — 16° La loi de 1838 qui suffit à garantir la liberté individuelle par les formalités requises pour l'entrée des malades à l'asile s'est montrée plus imparfaite dans ses précautions au sujet de la *sortie d'aliénés dangereux réputés guéris mais légitimement suspects de rechute*. Sur ce point elle est heureusement complétée par les articles 36, 37, 38, 39, 40 de la loi votée par le Sénat et portant création d'*asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels*. — 17° Il y a lieu d'étendre, par un article additionnel, ces précautions aux *délirants alcooliques récidivistes* dont on ne peut assurer actuellement la guérison et contre lesquels la société ne peut efficacement se défendre.

Quant aux individus que les italiens appellent des *demi-fous*, tantôt déclarés responsables, tantôt partiellement responsables, qui vont tantôt à la prison, tantôt à l'asile, moitié malades et moitié pervers, ils devraient être placés dans un établissement spécial qui serait l'*asile-prison* ou l'*asile de sûreté*.

M. Charpentier réitère son opinion sur ces derniers qui doivent, à son avis, être punis.

M. Bourneville demande à distinguer :

*a)* Pour les criminels devenus aliénés, il faut des établissements spéciaux ;

*b)* Les aliénés devenus criminels doivent être laissés dans les asiles ordinaires ;

1. — Internement des aliénés. Thérapeutique et législation.

*c)* Avant de créer des asiles pour les incurables et les alcooliques il conviendrait de faire judicieusement face au traitement des aliénés de toutes les catégories.

*
* *

Un nouveau jalon est planté par M. Ch. Constant, avocat, à l'aide de son Rapport à la Société générale des prisons le 28 avril 1897, et de la discussion longue qu'il suscite les 19 mai, 16 juin, 17 novembre de la même année [1]. Nous condenserons successivement l'entrée en matière, l'état de la question et le résumé de la discussion par l'auteur du rapport, qui tient lieu de vote, la Société n'ayant pas coutume de prendre des résolutions.

Son historique comprend :

1° L'amendement à la loi de 1838, de M. Boyard ;
2° La discussion de la Société médico-psychologique, 1868-69 ;
3° L'étude de la Société de Législation comparée (1870), au rapport de M. Bertrand ;
4° Le vœu de la Société de Médecine légale de France au rapport de M. E. Demange, avocat, 1877 ;
5° L'enquête et l'examen de la Société générale des prisons aux rapports de M. Proust, 1878-1881 ;
6° Le vœu du Congrès des Sciences Médicales de Bruxelles, 1875 ;
7° La résolution du Congrès de Médecine mentale de Paris, 1878 ;
8° Le vœu du Congrès International pénitentiaire de 1895 ;
9° L'enquête administrative de 1869 ;
10° Les projets de loi Gambetta et Magnin (21 mars 1870), Th. Roussel, Jozon et Albert Desjardins (25 juillet 1872) ;
11° Les résolutions de la Commission extra-parlementaire du 10 mars 1881 ;
12° Le projet de Loi au Sénat du 25 mars 1882 ;
13° Le rapport sur le projet Th. Roussel, et sa discussion au Sénat du 25 novembre 1886 au 11 mars 1887 ;
14° Les décisions du Conseil supérieur de l'Assistance publique, 1891 ;
15° Le vote du projet de Loi par le Sénat, le 11 mars 1887 ; transmis à la Chambre des députés le 21 juin suivant, il a été maintes fois repris et successivement rapporté par Bourneville (12 juillet 1889), Ernest Lafont (21 décembre 1891 et 19 février 1894), Fernand Dubief (27 novembre 1896) ; ces rapports n'ont jamais été discutés.

Puis M. Constant pose en principe que les *aliénés criminels sont extrêmement dangereux,* qu'il convient de leur assurer un

1. — *Revue pénitentiaire,* 21e année 1897, pp. 766, 777, 852, 997, 1259.

*internement spécial.* Personne, dit-il, ne conteste l'utilité des quartiers spéciaux auprès d'un établissement pénitentiaire pour les condamnés devenus aliénés *(criminels aliénés).* En tout cas où mettre les criminels devenus aliénés à l'expiration de leur peine ?

Quant aux *aliénés criminels :*

— Faut-il les séparer des aliénés ordinaires ? opinion favorable de E. Lafont, opinion contraire de Bourneville.

— Faut-il les mettre dans un asile spécial d'État comme en Angleterre ?

— Faut-il les mettre dans un quartier spécial près d'un asile d'aliénés ?

— Faut-il simplement mettre dans un asile spécial de l'État les aliénés criminels ayant commis des fautes graves ?

— Faut-il interner les aliénés criminels ayant commis des fautes moins graves dans les asiles départementaux ordinaires ou dans des maisons spéciales ?

Quelle autorité prononcera l'internement des aliénés criminels ?

1° La loi de 1838 impose aux *Préfets* l'obligation des placements d'office dans un asile des individus qui compromettent l'ordre public et la sécurité des personnes (article 19). On pourrait ajouter l'*obligation de prononcer l'internement de toutes personnes désignées par l'autorité judiciaire,* ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement pour cause d'aliénation mentale ;

2° Le droit de *sortie* de ces individus serait, au contraire, retiré aux Préfets et mis entre les mains de l'*autorité judiciaire ;* sur demande du séquestré, celle-ci vérifierait et déciderait ;

3° On tend aussi à *substituer complètement l'autorité judiciaire à l'autorité administrative* dans toutes les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Ainsi, après jugement motivé, de non-lieu ou acquittement, le *Ministère public devrait requérir le Préfet d'admettre l'individu ainsi relaxé ou acquitté dans un asile d'aliénés spécial aux aliénés criminels ;*

4° Dans le cas du jury (le verdict est toujours alors immotivé), faut-il poser aux jurés la questions de démence comme cela se fait en Angleterre, en Écosse, en Irlande, aux États-Unis, en

Italie, en Autriche, en Bavière, en Espagne, dans le canton du Tessin, en Norwège, en Russie[1] ; — faut-il après le verdict que la Cour d'assises délibère sur la démence et la nécessité de l'internement ?

M. Constant consacre un paragraphe à la question de savoir quelle est l'autorité administrative qui statuera sur la *mise en liberté ?* Si l'aliéné criminel ne peut sortir qu'en vertu d'une décision de l'autorité qui aura statué sur son internement (Congrès des sciences médicales de Bruxelles), il va de soi que dans le cas d'internement par le corps judiciaire ce sera l'autorité judiciaire (Congrès pénitentiaire international de 1895), la *Chambre du Conseil, par exemple,* mais après intervention de l'autorité administrative et des médecins de l'asile où l'aliéné criminel a été interné. Le Congrès de médecine mentale de Paris (1878) a notamment adopté le mécanisme suivant :

*a)* Requête du séquestré ou de toute personne s'intéressant à lui devant le tribunal civil du ressort d'où émane la décision judiciaire ayant prononcé l'internement ;

*b)* Intervention du Ministère public, qui convoque la Commission permanente des aliénés du département où l'aliéné est interné ; chargée de statuer sur le rapport du médecin traitant, elle peut toujours faire appel aux lumières et au concours de tous autres médecins aliénistes ;

*c)* Rapport de cette Commission transmis au tribunal ;

*d)* Décision de la Chambre du Conseil du tribunal après débats contradictoires ;

*e)* Si le tribunal juge que l'*individu n'est pas susceptible* de *rechute,* il ordonne la mise en liberté soit à titre définitif, soit à titre provisoire, sinon il surseoit à la sortie pour une année au plus.

En 1881, la Société générale des prisons disait : « la sortie d'un aliéné criminel ne pourra avoir lieu que sur l'avis du Procureur de la République et après expertise ». Elle concluait encore dans le cas de jugement pour aliénation mentale, à l'internement dans un asile spécial ou dans un quartier spécial dépendant soit d'un établissement pénitentiaire soit d'un asile ordinaire ainsi qu'à la

1. — Voir les deux enquêtes à l'étranger de la Société générale des Prisons. — *Revue pénitentiaire,* 1878, p. 956 ; 1879, pp. 30, 169, 250 ; 1897, p. 237.

réquisition de cet internement par le Ministère public. — En ce qui concerne les assises, elle pensait que le jury devait être appelé à se prononcer sur l'état mental de l'accusé. — Elle voulait aussi que dans tous les cas le Préfet fût tenu de faire droit aux réquisitions du Ministère public. Pour la sortie des aliénés criminels ou, à l'expiration de la peine, des criminels aliénés, elle pourrait être demandée conformément à l'article 29 de la loi de 1838 à l'autorité judiciaire ; le tribunal statuerait en Chambre du Conseil après simple requête, et, à la suite des vérifications nécessaires. Or, le Sénat, en 1896, n'a pas adopté toutes ces résolutions[1].

La discussion a lieu en trois directions. Les uns examinent surtout la procédure à suivre. Les autres portent leur effort sur le genre d'assistance médico-administrative. D'autres se prononcent sur les deux ordres de considérations. M. Constant, en ayant à la fin du débat, *bien résumé* les tendances, nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ce résumé[2] :

1° Il y a, dit-il, unanimité pour imposer à la juridiction pénale, quelle qu'elle soit, l'obligation de constater dans sa décision l'état mental de l'inculpé au moment de l'action ;

2° Il paraît du reste nécessaire que la juridiction pénale, ou bien statue sur l'internement ou renvoie l'individu ainsi relaxé, acquitté même, devant la juridiction civile pour être statué sur son internement ou sa mise en liberté provisoire ou définitive ;

3° En ce qui concerne la Cour d'assises, les opinions ont été diverses. Les uns ont admis que le jury statuerait ; pour les autres ce doit être la Cour. En tout cas il faudra que le jury ou la Cour se prononce sur l'état mental de l'accusé, lorsque, résultant des débats, la question d'aliénation mentale sera posée, afin de pouvoir préserver la Société contre l'acquittement de l'aliéné ou du présumé tel ;

4° L'autorité judiciaire et non l'autorité administrative sera désormais appelée à se prononcer sur l'internement ou sur la mise en liberté provisoire ou définitive de l'aliéné criminel ou du criminel aliéné ;

1. — Nous nous occuperons plus loin exclusivement du projet Dubief.

2. — Les illustrations juridiques ou médicales qui ont pris part à cette consultation sont : *MM. les Conseillers* Petit, Greffier, Flandin, Muteau, Poux-Franklin ; le Substitut Brégeault ; G. Leredu, Bogelot, Bouchacourt, Léon Devin, Remacle, Lacoin, avocats ; Brunot, Granier, inspecteurs généraux des Prisons ; Cheysson, G. Picot, Th. Roussel ; Clément Cabanes, ex-magistrat ; Berthélemy, A. le Poittevin, Léveillé, professeurs à la Faculté de Droit ; G. Bonjean, juge ; Tarde, chef de Bureau à la Justice ; le Sénateur Bérenger ; les députés Dubief, Joseph Reinach ; le pasteur Arboux ; A. Rivière.

**5° L'internement aura lieu dans un asile spécial ou tout au moins dans un quartier spécial afin que l'individu relaxé ou acquitté, en état d'aliénation mentale, ne puisse demeurer un danger pour lui-même et pour la Société.**

Il est cependant des communications que nous considérons comme essentiel de faire figurer dans cet exposé. Nous les reproduisons en abrégé.

M. Motet signale les inconvénients qui résultent de l'insuffisance des renseignements transmis aux médecins des asiles ; il montre que les simulateurs sont insuffisamment observés faute de locaux *ad hoc*. Autrement dans la Seine, les *individus inculpés de délits* sont, après ordonnance du Juge d'Instruction, envoyés à l'infirmerie du Dépôt ; cela suffit. Les inculpés de vagabondage, de vol à l'étalage, ne comportent pas des mesures de préservation sociale ni très sévères, ni très prolongées.

Les *criminels* (assassins, incendiaires volontaires, etc.), pour lesquels une simple ordonnance de non-lieu a été rendue, ne conviennent pas aux asiles d'aliénés ordinaires qui tendent à devenir ouverts. Il leur faut un *asile spécial* administré par l'État et lui appartenant, disposant d'un gardien par cinq malades.

Il faut encore annexer *aux prisons des quartiers spéciaux* pour aliénés en cours de peine.

M. Fernand Dubief. — L'expertise bien faite empêcherait que l'aliéné arrive, sinon jamais, au moins souvent, jusqu'à la Cour d'assises. Quand le détenu arrive devant le *Jury*, si celui-ci le déclare coupable, c'est que, d'après lui, ce n'est pas un aliéné ; s'il le déclare non coupable, il est facile, d'après les documents et les circonstances de la cause, de relever que cette non-culpabilité tient au manque de responsabilité qu'on constate chez lui. Est-il *irresponsable*, c'est un malade qui appartient aux médecins.

C'est la *Chambre du Conseil* qui statuera sur l'*internement* des aliénés criminels. Donc, le prévenu reconnu innocent par le jury est renvoyé de son état d'inculpé à celui de réel malade, et la Chambre du Conseil ordonne l'internement dans les formes prescrites par la loi, avec toutes les garanties médicales nécessaires.

La *limite de l'internement* doit être mesurée par la durée de

l'état qui compromet la sécurité ou la morale. Le malade doit être gardé dans l'établissement jusqu'à ce que l'on puisse dire : « ce malade, dangereux autrefois pour la sécurité publique et l'ordre moral, a cessé de l'être complètement ».

Il faut *faciliter l'internement des aliénés dangereux* et qu'on puisse arriver à les soigner même malgré eux ; tels ceux qui ont commis de monstrueux attentats ou méfaits divers avec répétition d'actes criminels, tels ceux qui n'en ayant pas commis sont susceptibles d'en commettre comme les épileptiques, les persécutés, les délirants alcooliques. Aussi, enlevant le droit d'internement à l'Administration, nous le donnons à l'autorité judiciaire ; nous voulons étendre ce droit, organiser la *prévoyance* de façon à diminuer autant que possible le nombre des méfaits de toutes sortes qui sont imputables aux aliénés.

L'instruction devrait être également plus préoccupée du souci de rechercher, en toutes circonstances, si vraiment le prévenu est responsable.

*Les asiles ?*

*a)* L'idéal serait d'avoir des asiles-écoles, des asiles-prisons, des asiles de traitement, l'assistance familiale pour les déments inoffensifs ;

*b)* En attendant, ayons dans *chaque asile ou dans chaque région des quartiers spéciaux* pour recevoir les aliénés criminels.

Mauvais sont les quartiers annexés aux prisons parce que le malade doit être traité comme malade ; ce n'est plus un coupable ;

*c)* Absolument nécessaires sont les *quartiers spéciaux annexés aux asiles* pour les *aliénés dangereux,* qu'ils soient aliénés criminels ou non ; à moins qu'on ne veuille centraliser les aliénés dangereux dans un certain nombre d'asiles régionaux où seraient aménagées des divisions propres à recevoir de pareils hôtes ;

*d)* Quant aux *criminels devenus aliénés* il faut aussi les séparer des autres aliénés ; leur promiscuité cause aux autres aliénés des impressions désagréables. Il y a des aliénés sur la limite, sensibles, capables d'éprouver des impressions durables, qui s'en effarouchent.

M. P. Garnier veut que « l'ordonnance, le jugement ou l'arrêté décide si l'individu qui en est l'objet doit être retenu (par mesure de sécurité sociale) dans un des *asiles* ou *quartiers spéciaux de sûreté* dont la création s'impose pour l'application de cette mesure ».

Les *asiles-prisons* seraient affectés aux *condamnés* frappés d'aliénation mentale en cours de peine.

Si l'on devait enfermer dans des *quartiers ou asiles spéciaux* tout inculpé ou tout criminel reconnu irresponsable à raison de son état mental, on arriverait à un chiffre excessif. Ainsi pour le Tribunal de la Seine de 1892-1896, on aurait obtenu le chiffre de 1704. *Et le souci qu'on aurait de la sécurité sociale empêcherait les sorties ;* quel encombrement fatal ! Et combien triste cet asile à hautes murailles, à grilles intimidantes ! Le délit et même le crime de l'aliéné n'est, au demeurant, qu'un fait d'aventure, un accident, un malheur. C'est pourquoi il faut que l'ensemble des faits, l'enquête médicale établissent que *ce malade est par tendances naturelles de son état morbide ou de son délire, par ses perversions instinctives, un être essentiellement nuisible,* de qui une nouvelle offense est toujours à craindre. *Faites donc un* choix *parmi ces irresponsables.*

« Je ne vois à diriger sur cet *asile de sûreté* que *les irresponsables systématiquement nuisibles* » :

— *Fous moraux* sans délire ni hallucinations, c'est-à-dire criminels instinctifs, cyniques, perturbateurs, incompatibles avec les honnêtes aliénés (promiscuité), incompatibles avec les asiles à portes et fenêtres ouvertes, incapables d'amendement, pervers.

— *Dégénérés alcooliques.*

Tous gens douteux, qui sortent souvent sur les réclamations de personnes influentes, gens excessivement dangereux, mais à diriger sur un asile à raison des lacunes de leur organisation.

M. Charpentier. — Les *asiles d'aliénés criminels* sont inutiles. Ceux qu'on propose d'y envoyer peuvent être divisés en quatre groupes :

*a)* Les *criminels aliénés* dirigés sur nos asiles à l'expiration de leur peine sont trop peu nombreux pour justifier un asile spécial, quoique leur mélange avec des aliénés non tarés soit regrettable ;

*b)* Les individus *acquittés comme irresponsables* se divisent en :

α) Sujets en état de *démence au moment de l'action qui ne sont plus aliénés au moment du verdict ;* il y en a peu et la loi de 1838 suffit pour eux ;

β) Des *pseudo-irresponsables* que l'on désigne à tort sous le nom de *délinquants irresponsables.* Ce ne sont pas des aliénés ;

γ) Un grand nombre d'individus ayant été l'objet d'ordonnances de non-lieu tout aussi responsables que ceux de la catégorie β ;

δ) L'*aliéné criminel proprement dit,* c'est, en réalité, l'individu séquestré comme aliéné *qui a commis un crime dans l'asile* ou qui est *dangereux* à raison d'autres actes commis également dans l'asile et assimilables à des délits ; ce *sont les fous dangereux dans les asiles.* C'est encore pour une grande part le pseudo-irresponsable qui n'aurait pas dû être séquestré dans un asile ordinaire et pour les mêmes raisons ne devrait pas non plus être placé dans un asile d'aliénés criminels.

M. Henri Colin [1]. — L'*aliéné criminel* n'est ni un aliéné ordinaire, ni un criminel ordinaire ; c'est un individu spécial qui diffère et de l'un et de l'autre. (Brayn, Lentz, Hasse, Motet, Garnier, Auguste Vigouroux [2]). *Il se confond* avec *le criminel aliéné,* car, parmi les condamnés reconnus aliénés dans les prisons, il y en a un quart qui étaient déjà aliénés quand ils ont été condamnés, soit que les experts n'aient pas réussi à convaincre les juges, soit qu'ils n'aient pas même été consultés. S'il est, et il en est, des condamnés devenus aliénés dans les prisons, dans la pratique ils s'identifient aux aliénés criminels ; car le régime de la prison n'entre pas en ligne de compte dans l'état psychopathique, et ils sont des prédisposés à l'aliénation mentale.

Le même traitement incombe aux aliénés criminels et aux criminels aliénés ; il ne faut pas les mettre dans un asile-prison.

Pour l'*aliéné criminel* ainsi envisagé, il faut un *asile spécial* sous le contrôle immédiat de l'État et soustrait aux influences locales. C'est le seul moyen d'obtenir leur internement malgré les maires, d'avoir un chiffre de malades permettant le travail et de ne pas défigurer l'asile normal ouvert par l'addition

1. — L'organisateur du quartier de Gaillon pour condamnés (criminels aliénés), auteur du livre *Les aliénés dans les prisons,* en collaboration avec M. Pactet. Paris, in-18, 1902.

2. — Vigouroux et Colin. Congrès de Toulouse, 1897.

d'un quartier de force. Ce sera un *asile de sûreté.*

Cet asile de sûreté sera approprié :

— Aux persécutés homicidants récidivistes ;
— Aux persécutés persécuteurs ;
— Aux fous moraux pervers à colères furieuses, impulsifs (type Charpentier) ;
— Aux épileptiques particulièrement violents et comploteurs ;
— Aux fous moraux particulièrement agressifs.

On en évitera l'encombrement en *évacuant sur les asiles ordinaires* les aliénés incurables devenus inoffensifs, exemple les déments ; en n'y recevant que les aliénés criminels ayant d'abord passé par l'asile ordinaire et envoyés à l'asile de sûreté sur la demande des médecins traitants ; en effectuant des libérations conditionnelles sous le contrôle de l'État.

Le placement n'y pourra être effectué que par l'autorité judiciaire après expertise ; c'est l'autorité judiciaire qui en ordonnera la sortie sur la proposition du médecin traitant.

L'aménagement intérieur de l'asile de sûreté dépendra des conditions locales.

Aux *grandes prisons* on pourra *annexer* un *quartier* spécial ; on y observera les inculpés présumés aliénés. C'est alors seulement que l'expertise médico-légale se pourra faire en toute sécurité. *Là seulement les détenus simulant la folie pourront être soumis à une surveillance médicale de tous les instants.*

*
* *

Entre temps, le *Congrès international de médecine légale de Bruxelles* du mois d'août 1897 avait été catégorique : suivant les avis de MM. Leredu, de Buschère et Motet avaient été résolues[1] : la séquestration de l'aliéné criminel et délictueux dans un asile spécial d'État — celle du criminel aliéné dans un asile spécial ou un quartier spécial de l'asile spécial — la déclaration de l'irresponsabilité pour l'autorité judiciaire, quelle que soit la juridiction pénale, avec la mention de l'état mental de l'inculpé relaxé ou acquitté au moment de l'action, complétée par

1. — *Revue pénitentiaire*, 21e année, 1897, p. 1259.

un arrêt d'internement — la sortie de l'aliéné criminel reconnu guéri, sur décision de l'autorité judiciaire.

Les individus condamnés comme ayant commis un crime ou délit et dont *la peine a été atténuée* en raison de leur état intellectuel inférieur, *ou l'aliéné criminel qui a recouvré la santé au moment de l'examen de l'affaire,* doivent aussi être internés dès la première affaire, *à l'asile spécial,* par décision de l'autorité judiciaire immédiatement. « Il faut interner dans l'asile spécial le criminel devenu aliéné et le criminel irresponsable jusqu'à ce que tout danger de rechute ait disparu, ne plus s'attacher exclusivement à l'existence où à l'inexistence actuelle chez lui de l'aliénation mentale, mais travailler à la guérison complète, radicale, de la cause qui a amené l'accès d'aliénation mentale, et ne remettre le sujet dans la Société que lorsque cette guérison radicale et exempte de rechute probable sera obtenue. »

Telle fut l'unanimité de ces vœux peut-être quelque peu draconiens.

*
* *

En 1898, paraît le fort important mémoire de J. Ramadier et A. Fenayrou, intitulé : *de la Criminalité chez les aliénés du département de l'Aveyron*[1] et appuyé de 35 observations.

Pour eux tous les aliénés ou presque tous sont susceptibles de devenir dangereux. Si dans certains cas il est presque impossible d'affirmer que tel d'entre eux ne peut, sans danger, rester en liberté, on ne saurait jamais soutenir qu'un autre est inoffensif et n'a pas besoin d'être interné. Chez nombre d'aliénés, un fait insignifiant, la première occasion venue deviennent parfois, alors qu'on s'y attend le moins, la cause d'un crime.

Il faut donc, afin de prévenir cette occasion, *réaliser l'internement précoce de tous les aliénés.* Pour cela il convient :

*a)* De réagir contre les préjugés qui éloignent les malades des asiles ;

*b)* De divulguer les dangers de l'aliéné en liberté et les avantages de les traiter aussitôt que possible ;

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1898, t. VII, pp. 63, 233, 402 ; t. VIII, p. 75.

*c)* De traiter vite ; cela réalise une économie et s'oppose à la procréation d'êtres anormaux ;

*d)* De supprimer les embarras financiers des communes pauvres en mettant les aliénés à la charge de l'État ; celui-ci solderait les dépenses au moyen d'un impôt communal général proportionné non au nombre des aliénés par commune mais aux ressources de chaque commune ;

*e)* De simplifier les formalités administratives si longues à l'égard des aliénés indigents ; on devrait autoriser l'admission provisoire sur certificat d'un seul médecin, sauf à prononcer l'admission définitive après toutes enquêtes et examens jugés utiles ;

*f)* De permettre les placements volontaires gratuits.

*Mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels.* — MM. Ramadier et Fenaybou admettent l'*internement* par *l'autorité judiciaire.* La *sortie* ne pourrait être prononcée que lorsque la guérison aurait été constatée par un certain nombre de médecins ayant à leur disposition un dossier complet ; et encore, serait-il prudent d'exiger, avant la libération, un *internement supplémentaire d'épreuve ;* la durée en serait fixée par une commission de magistrats et de médecins, *qui se baseraient non pas seulement sur la gravité des crimes ou délits, mais sur l'importance des tendances nocives manifestées par l'aliéné ainsi que sur la nature de l'affection mentale.*

Où interner l'aliéné criminel ?

Il existe deux espèces d'aliénés criminels : les aliénés criminels d'occasion et les aliénés criminels d'habitude.

Les *aliénés criminels d'occasion*, les plus nombreux (dans l'Aveyron), ne sont ni plus ni moins dangereux que les aliénés ordinaires ; ils ne sont la plupart du temps devenus criminels que par suite du retard apporté à leur séquestration. *L'asile ordinaire leur suffit.* On en peut trouver dans toutes les formes d'aliénation mentale ; on les rencontre cependant plus fréquemment dans celles caractérisées par un arrêt de développement des facultés intellectuelles ou par l'affaiblissement de ces facultés : débilités mentales, démences, y compris la paralysie générale [1]. L'occasion, c'est soit une recrudescence du délire ou un

1. — Lettre personnelle du Dr Ramadier du 29 décembre 1903.

accès d'agitation, une discussion, une querelle, une simple rencontre fortuite, soit le fait le plus insignifiant de l'existence. Dans cette association de l'occasion et des particularités psychiques qui constituent les motifs et mobiles, l'occasion joue le rôle décisif.

Les *aliénés criminels d'habitude, foncièrement dangereux,* comprennent[1] : des dégénérés à perversions instinctives (fous moraux, alcooliques, impulsifs, imbéciles avec mauvais instincts) ; des mystiques hallucinés ; certains épileptiques ; certains persécutés. A Rodez, par suite des formes de folies prédominantes, ce sont des imbéciles avec mauvais instincts et des mystiques hallucinés. Pour eux, l'*asile spécial,* muni d'un personnel expérimenté, propre aux mesures extraordinaires de précaution qu'on ne saurait appliquer à des aliénés ordinaires. Chez ces aliénés foncièrement criminels, les actes nuisibles relèvent exclusivement de l'état mental ; les motifs et mobiles trouvent en eux-mêmes l'énergie nécessaire pour provoquer crimes et délits. Leurs tendances nuisibles ne demandent qu'à se manifester par des actes, et, dans ce but, s'adaptent aux premières circonstances venues.

Il est évidemment parfois difficile de classer un aliéné dit criminel dans le second groupe plutôt que dans le premier. Il existe des cas douteux. Mais une erreur est toujours facile à réparer, et les inconvénients, minimes, seront largement compensés par les avantages que procurera ce système, au point de vue de la *préservation sociale.*

« Le nombre des aliénés criminels d'habitude internés augmentera le jour où on aura créé des établissements spéciaux à leur intention. Tribunaux et experts se montreront beaucoup plus coulants pour admettre, comme aliénés, *certains anormaux dangereux,* lorsqu'on aura la certitude que ces criminels, bien que reconnus irresponsables, n'en seront pas moins séquestrés étroitement et mis effectivement hors d'état de nuire. »

Mais aussi certains aliénés considérés comme *criminels d'habitude peuvent, à la longue, cesser de l'être,* par suite de l'évolution de leur délire, de la disparition de certains symptômes.

1. — Lettre personnelle.

Sur une population de 212 hommes et de 194 femmes, il existerait à Rodez 65 aliénés criminels du sexe masculin et 31 aliénés criminels du sexe féminin, soit 30 °/₀ pour les hommes et 16 °/₀ pour les femmes. Soixante-quinze à quatre-vingt pour cent de l'ensemble sont des aliénés criminels d'occasion.

***

Quelques mots sur le rapport de M. Taty au X^e^ Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Marseille le 7 avril 1899[1]. L'auteur distingue les *aliénés méconnus et condamnés* en ceux dont l'état mental a été totalement méconnu, et ceux dont l'état mental a été méconnu malgré l'examen médical.

Il propose les *moyens préventifs* suivants propres à empêcher la condamnation d'un aliéné : — *a)* Développer l'enseignement des maladies mentales ; — *b)* Étendre cet enseignement aux étudiants en droit, futurs avocats, magistrats instructeurs ; — *c)* Organiser un service médical chargé de visiter tous les prévenus incarcérés ; service pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis par citation directe ; — *d)* Des expertises contradictoires ; — *e)* L'intervention de la magistrature pour le placement d'office des prévenus reconnus aliénés ; — *f)* La nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité des accusés ; — *g)* La création d'*asiles de sûreté,* sous différentes réserves, sous celle notamment que le placement n'y sera effectué qu'*après avis médical motivé, et quand l'asile ordinaire sera reconnu insuffisant.*

Il faut en second lieu *réparer, réhabiliter* l'aliéné condamné à tort, en — réformant le jugement par la voie de l'appel et faisant agir d'office les procureurs généraux qui jouiront dans ce but d'un délai exceptionnel de deux mois — faisant, quand la condamnation est devenue définitive, intervenir l'inspection psychiatrique des prisons afin de placer ce malade dans *un asile ordinaire et non dans un asile spécial.*

Ces conclusions adoptées par le Congrès ont été corroborées par le vote du vœu de M. Mabille que les expertises ayant trait à des aliénés soient toujours confiées à des spécialistes.

1. — Voyez chronique de A. Giraud *in Annales médico-psychologiques, 1899,* t. IX, p. 368.

C'est dans ces conditions que M. l'Inspecteur général A. Regnard présentait au Conseil supérieur de l'assistance publique (4e section) son Rapport sur la *création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels* [1].

Considérant principalement la victime du crime, le dommage causé à la Société, l'acte criminel avec toutes ses conséquences, l'auteur admet que l'aliéné criminel soit enfermé pour le reste de ses jours, plus durement traité en ceci que tel assassin qui, « n'obtenant pas la faveur du non-lieu », s'en tire avec quelques années de réclusion. Étant donné qu'en certain cas la limite est à peu près impossible à tracer entre le crime et la folie, il est, à son sens, justifié d'employer le terme d'aliénés criminels. C'est pourquoi, en Angleterre, depuis l'attentat d'Hadfield contre Georges III (1800), on n'a cessé de se servir d'un régime spécial à l'égard des aliénés criminels (Insane Offender's Act. 39 et 40. Georges III C. 94, 28 juillet 1800) et de le perfectionner (criminel lunatic's Act. 1884, 47 et 48. Vict. C. 64).

A Broadmoor (comté de Berks) sont reçus : — *a)* les aliénés criminels non jugés, reconnus aliénés avant le procès et pendant l'instruction ; — *b)* Les aliénés criminels jugés, soit acquittés comme fous, soit bénéficiant d'un sursis à cause de la folie dans le cas de la condamnation capitale ; ces deux catégories composent, les aliénés à sursis sauf, la série des aliénés criminels gardés *at His Majesty's pleasure*. Une autre section comprend les condamnés à la servitude pénale devenus aliénés en prison maintenus à Broadmoor, à Woking (annexe), ou dans les prisons du comté jusqu'à l'expiration de leur peine, puis à Fisherton-House. Les prisonniers de courtes peines sont, en cas de folie, transférés dans les asiles de comtés.

En Écosse un asile d'aliénés annexé à la prison de Perth, mais indépendant de celle-ci, reçoit les mêmes catégories qu'à Broadmoor et, en sus, occasionnellement les aliénés des prisons à courtes peines. Il en est de même pour l'asile d'État de Dundrum (Irlande).

Cet exemple adopté par la plupart des nations de l'Europe n'a pas été suivi parce qu'on a dit que les aliénés criminels sont des

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1901, t. XIV, p. 63.

malades comme les autres. Aussi la Société n'est-elle pas préservée.

Ritti a, dans les *Annales médico-psychologiques,* réuni les exploits de 226 aliénés laissés en liberté qui ont, de 1898 à 1900, commis 97 assassinats, 133 blessures graves, suicides, etc.

Séquestrer ces malheureux dans un asile ordinaire où les évasions sont toujours faciles est impossible ; les y placer dans un quartier de sûreté ferait, avec le reste de l'asile, un choquant contraste, coûterait cher, et constituerait un spectacle pénible pour les parents des aliénés inoffensifs.

Mieux vaut circonscrire le mal ; *la nature spéciale des aliénés à mauvais instincts réunis en masse dans le même local aurait l'avantage* d'éveiller systématiquement la surveillance particulière qui leur convient.

Le plus souvent il s'agit de *dégénérés* parfois sans délire spécial qui sont bornés, héréditairement mauvais. La *transition* entre les aliénés *à tendances criminelles et les criminels simples est fournie par les condamnés aux instincts détestables devenus aliénés dans la prison.* D'ailleurs l'apparition de la folie avant ou après le crime n'est, le plus souvent, qu'une question de chances ; la cause qui produit l'une et l'autre étant dans beaucoup de cas la même, c'est-à-dire la dégénérescence du sujet[1].

Après les études de la Société médico-psychologique le texte du projet de Loi du Sénat de 1887, l'exposé des projets de Loi Belge (14 Avril 1890), Italien (26 Novembre 1891), Espagnol (4 Avril 1894), Portugais (1895), et l'énoncé des installations spéciales de l'Allemagne (Moabit, Bruchsal, Waldheim), des États-Unis (Matteawan), M. Regnard cite les paroles de M. Magnan au Congrès international de Psychiatrie de 1900 :

1. — Voyez : sur les *Aliénés méconnus et condamnés,* Pactet, P. Garnier, Tarr, H. Monod. — Sur les *Criminels aliénés,* Moeli, *Ueb. irre Verbrecher,* Berlin, 1888, p. 180. — G. Ferrus : *Prisonniers, emprisonnement, prisons,* Paris, 1850, p. 63. — Sauze : *Folie pénitentiaire (Annales médico-psychologiques),* 1857, p. 28. — Magnan et Legrain : *Dégénérés,* Paris, 1895, p. 181. — Maudsley : *Pathology of Mind. Londres,* 1879, p. 102. — Féré : *Dégénérescence et criminalité,* Paris, 1888, p. 85. — Tamburini *et* Seppilli : *Stadio di psico-pathologia criminal,* Reggio, Emilia, 1883. — Thomson : *On hereditary nature of crime. Journal of mental science,* 1870. — Th. Ribot : *Maladies de la volonté,* Paris, 1884. — Henri Colin : *Aliénés vicieux dans les asiles,* Paris, 1900. — Travaux de Lombroso et d'Enr. Ferri, 1895.

« Un dernier groupe que l'on tend de plus en plus à éloigner de l'asile comprend *certains aliénés dits criminels,* non pas le paralytique général ou le sujet nettement aliéné qui a commis un crime ou un délit, mais le *dégénéré fou moral* pour lequel on hésite parfois aujourd'hui entre la prison et l'asile ; sa présence parmi les aliénés ordinaires est presque toujours une cause de trouble, et il ne semble guère possible de différer plus longtemps l'installation d'un établissement spécial dans le genre de Broadmoor avec une règlementation et même une législation particulières. »

Il y aurait par suite en France à créer des *asiles spéciaux,* soit cinq asiles de cinq cents malades pour 2.400 aliénés délinquants, ou mieux, *trois asiles seulement* pour les meurtriers, incendiaires, aliénés coupables d'attentats à la pudeur, de violences, auxquels on joindrait les *aliénés particulièrement dangereux* et mauvais, déjà enfermés, que les médecins signalent comme causes de troubles et de péril permanent tant pour le personnel que pour les administrés ; tout cela formerait à peine 1.500 aliénés.

M. Regnard laisse à d'autres le soin de régler leur mode d'entrée et leur mode de sortie ; d'accord avec le Conseiller Barbier, il recommande « l'avis des hommes de science seuls compétents » et s'en réfère au rapport de M. Toulouse sur les soins et habitudes de confort à leur donner[1] comme il est fait à l'asile de Perth, car il est indispensable d'associer aux exigences de la préservation sociale un état de paix, de calme relatif, impossible à réaliser pour ces malades dans cette Société qu'ils maudissent et pour laquelle ils ne sont pas faits.

*Conclusions.* — I. — Il sera créé sur le territoire de la République, au fur et à mesure des besoins, des asiles spéciaux pour l'internement et le traitement des aliénés criminels.

II. — Ces établissements seront dénommés *Asiles d'État pour les aliénés criminels.* Les frais de construction et d'installation seront supportés par l'État ; les frais d'entretien des internés seront acquittés par les départements, en conformité des prescriptions de la loi de 1838.

1. — Conseil général de la Seine ; sous-commission chargée d'étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Écosse. Drs Navarre, Paul Brousse et M. Charles Pelletier. Paris, 1898.

III. — La population de ces asiles comprendra :

1° Les individus *condamnés et devenus aliénés pendant l'accomplissement de leur peine ;*

2° Ceux qui auront *été reconnus aliénés au cours de l'instruction et du procès* et relevés ou acquittés comme tels ;

3° Exceptionnellement des *individus signalés comme spécialement dangereux par les médecins des asiles ordinaires.*

IV. — Les *condamnés* devenus *aliénés* dans les prisons seront placés dans l'asile spécial par ordre de M. le Ministre de l'Intérieur.

En dehors de ce fait, aucune décision relative à l'entrée ou à la sortie d'un aliéné ne pourra être prise sans une expertise médico-légale qui devra être entourée de toutes les garanties désirables.

Le Conseil vote ces conclusions sous la réserve que *l'autorité judiciaire* sera chargée de diriger sur les asiles spéciaux les aliénés relaxés comme irresponsables ou acquittés comme tels par le jury, et reconnus dangereux après une expertise contradictoire (réforme Cruppi — vœu Ferdinand Dreyfus [1]).

***

Le 5e Congrès d'anthropologie criminelle d'Amsterdam (1901) nous offre à glaner les communications de Mariani [2], Renda et Souillace [3], Antonini [4], Eula [5], Legrain [6], P. Nœcke [7], Dedichen [8], Meijer [9]. D'après ces travaux la *prédisposition au crime* peut être prouvée par l'existence de nombreux signes de dégénérescence (Mariani). Si l'on en rapproche l'aliénée meurtrière de Wiglesworth [10] et l'analyse de Leppmann [11] sur le facteur endogène

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1901, t. XIV, p. 161.

2. — Criminalité latente et obsessions homicides. — La folie qui engendre la criminalité.

3. — Folie criminelle en Calabre.

4. — Nécessité d'éloigner les criminels aliénés des asiles communs.

5. — Alcoolisme et criminalité.

6. — Récidivisme en matière d'ivrognerie.

7. — Quelle est la meilleure manière de placer les criminels aliénés ?

8. — Quelles mesures faut-il prendre à l'égard des criminels que l'expert déclare aliénés mais dont le crime n'est pas considéré comme assez grave pour qu'il soit nécessaire de les interner dans un asile d'aliénés ?

9. — Sur l'assistance des criminels aliénés.

10. — Case of murder the result of pure homicidal impulse. *Journal of mental science*, Avril 1901.

11. — Mittheilungen internatd. Kriminalisti. Vereinigung, t. IX, cah. 1, p. 199, 1901.

du *crime professionnel* on s'explique, en partie, l'opinion de Renda et Squillace, pour lesquels le criminel-fou ne serait qu'une variété de criminel-né, Mariani ayant inversement montré la folie des parents engendrant des enfants criminels. Aussi, Antonini réclame-t-il des asiles centraux pour les criminels aliénés, les aliénés criminels et les *aliénés jusque-là irréprochables* chez lesquels on aura constaté des *signes de criminels-nés.*

En ce qui concerne les *alcooliques,* les uns, comme Eula, s'appuyant sur la probité et la douceur inaltérables des italiens alcooliques du Montferrat, innocentent l'alcool en tant que facteur de crime. Ce qui fait dire à Benedikt[1] qu'il n'y a que l'ivrogne psychopate qui mérite l'irresponsabilité. D'autres comme Legrain pensent que l'ivrogne simple récidiviste doit être colloqué dans un asile-prison parce que l'asile d'aliénés ordinaire n'est pour lui qu'un hôtel. Benedikt réserve l'asile des aliénés criminels aux ivrognes criminels, l'asile des buveurs pour incurables aux psychopates ivrognes, l'asile de traitement des buveurs aux ivrognes curables, les hospices aux ivrognes déments et infirmes.

Le *criminel aliéné* doit, d'après Nœcke, être mis dans une annexe aux grands établissements pénitentiaires. Si à l'asile de Düren on a pu, avec succès, hospitaliser dans une annexe criminels aliénés gràciés ou libérés, aliénés criminels et aliénés quelconques à fortes tendances criminelles, c'est qu'on a fait un *choix ;* on y a casé les malades particulièrement perturbateurs et incommodes dont la personnalité comportait ce mode de traitement. Ainsi pense également Meijer. Dedichen pencherait pour l'établissement de *colonies* comme celles du Danemark (travail dans les landes et les terrains bourbeux) propres aux *criminels à irresponsabilité atténuée ;* de Schrenck-Notzing veut des établissements spéciaux[2]. Tout criminel aliéné disent Pelanda et Cainer doit être interné dans des asiles centraux[3].

L'étude des *aliénés dans les prisons* est, en outre, illustrée

1. — Alcoholismus und Verbrechen. *Allgem. Œsterreich. Gerichts-Zeitaug,* 1901.

2. — Die Frage nach der verminderten Zurechnunggsfæhigkeit. *Archiv., f. Kriminalanthropologie,* 1901, t. VIII, cah. 1, p. 57.

3. — I pazzi criminali al manicomio provinciale di Verona Turin, 1902.

par Rüdin[1], Longard[2], Lenz[3]. Peut-être l'isolement ou de nombreuses détentions préventives exercent-ils chez le criminel encore peu endurci quelque influence sur la genèse de la folie, mais il y est prédisposé. On constate, d'ailleurs, en l'espèce la débilité mentale et la paranoïa souvent compliquée d'alcoolisme. Particulièrement dangereux sont les paranoïques, les fous moraux, les imbéciles, les processifs. Tout prisonnier doit être examiné par des aliénistes, au besoin à l'asile des aliénés ; il doit bénéficier largement de l'atténuation de la responsabilité ; le criminel aliéné dangereux doit être colloqué dans un asile spécial à allures pénitentiaires.

*
* *

L'opinion de G. Aschaffenburg sera bien à sa place ici[4].

Ce qu'il y a de mieux pour le malade, c'est de l'assister dans un asile d'aliénés ordinaire. Mais ce n'est pas le mode d'internement le plus convenable pour la sécurité publique. Il est impossible dans un asile de le soumettre à un régime spécial. Et la question des évasions est, de même que celle des sorties, pleine d'écueils.

Sur 281 aliénés criminels traités à la clinique d'Heidelberg, dont 45 anciens détenus et 33 vagabonds ayant subi au moins 9 condamnations, *un seul s'est montré réfractaire à la règle de l'asile ;* tous les autres ont été inoffensifs, et, qui plus est, *ont travaillé avec l'assiduité la plus parfaite,* sans trahir la confiance que l'on a eue en eux.

Malgré cela, dans l'intérêt de la sécurité publique, il a été rédigé nombre de *circulaires ministérielles relatives à la sortie des aliénés dangereux des asiles publics d'aliénés,* 15 juin et 16 décembre 1901, 6 janvier 1902.

Il serait à souhaiter qu'à raison du petit nombre des malades de ce genre on les disséminât dans les six asiles d'aliénés du

1. — Ueb. d. Klin. Formen de Gefængnisspsychosen. *Allg. Zeitsch., f. Psychiat.*, t. LVIII, p. 447, 1901.

2. — Geisteskranken bei Gefangenen. Psychiat. Wochenschrift, 1901, n° 39.

3. — Die Geisteskranken Verbrecher im Strafverffahren und Strafvollzuge. *Blætter f. Gefængnisskunde,* 1900, p. 361.

4. — La séquestration des criminels aliénés. *Centralblatt für Nervenheilkunde,* XXV. N. F. XIII, 1902.

duché de Bade au lieu, comme le veut la Commission d'études, de construire un pavillon annexe de 20 à 25 hommes réunissant les aliénés de cette catégorie.

En ce qui concerne les sorties qui portent d'ailleurs en général sur des améliorations, il serait à désirer que le psychiatre dans son rapport explique les raisons en faveur de la sortie, et détaille aussi les mesures qu'il propose tant dans l'intérêt des malades que dans ceux de la justice criminelle. Les ordonnances ministérielles prescrivent formellement l'intervention et de l'Administration et du Parquet. L'expérience montrera les résultats de ces prescriptions. Les difficultés pourront être évitées par le concours conciliant des représentants de la justice et de la psychiatrie, s'ils s'efforcent de tenir compte des manières de voir qu'impose à chacun d'eux sa mission spéciale.

*
* *

La thèse d'Alombert-Coget [1] présente la pléiade des propositions envisagées plus haut sous la forme suivante :

S'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence (art. 64 du code pénal), avant comme après la loi de 1838, c'est à l'autorité administrative qu'incombe le devoir de prendre des mesures contre ces individus et seulement en tant qu'aliénés dangereux. Elle ne peut donc que les interner dans un asile d'aliénés : or les asiles tendent, à juste titre, au no-restraint. Aucune garantie n'est exigée pour la sortie de ces malades que leurs actes antérieurs ont pourtant révélés comme manifestement dangereux. La Société n'est par conséquent pas protégée. Le Jury se sent par suite inquiet et condamne des irresponsables par mesure de sécurité.

Sous le nom d'aliéné criminel l'auteur désigne tout aliéné qui a accompli un acte délictueux ou criminel, sous l'action plus ou moins immédiate de son délire ; et dans l'action plus ou moins immédiate il englobe le rôle joué par les tendances, les idées, les connaissances psychiatriques et la législation pénale de chaque époque, car avec elles ont dû varier le nombre et le caractère des infractions imputées à la folie de leurs auteurs.

1. — *L'Internement des aliénés criminels*, par J. G. Alombert-Coget, Lyon, in-8°, 1902.

La loi de 1838 est simplement une loi d'assistance applicable à tous les aliénés sans distinction de modalités.

Elle est insuffisante pour garantir la Société des dangers que lui font courir les aliénés criminels à cause surtout de la quantité et de la variété des irresponsables qu'on a placés progressivement dans les asiles d'aliénés ; de l'augmentation de la criminalité morbide sous l'influence de l'alcool ; de l'encombrement des asiles contrastant avec les fonctions d'hôpital ouvert qu'ils ont à remplir. De là le grand nombre de réclamations et de rapports différents dans les Sociétés savantes, et devant la Chambre des députés, auxquels le Rapport du Dr Dubief du 17 novembre 1896 a donné dans son projet de loi le dernier avatar.

## SECTION III

### Condamnés reconnus aliénés ; aliénés dits criminels ; Inculpés présumés aliénés, et soumis à une expertise médico-légale.

Art. 36. — Les *condamnés* de l'un et de l'autre sexe à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés au cours de leur peine, et dont l'état d'aliénation mentale a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, sont, après avis du médecin désigné par le Procureur de la République, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine *dans les asiles ou quartiers de sûreté.*

Les autres condamnés sont dirigés sur l'asile du département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur.

Art. 37. — Est envoyé devant le *tribunal en Chambre du Conseil,* qui, le Procureur de la République entendu, ordonne son internement dans un asile ou quartier de sûreté si son état est de nature à compromettre la sûreté, la décence ou la tranquillité publique, sa propre sécurité ou sa guérison :

1° Tout inculpé, qui par suite de son état mental, a été comme irresponsable l'objet d'un non-lieu ;

2° Tout prévenu poursuivi correctionnellement, acquitté comme irresponsable par suite de son état mental ;

3 Tout accusé devant le Conseil de Guerre acquitté comme irresponsable par suite de son état mental ;

4° Tout accusé devant la cour d'assises, acquitté comme irresponsable par suite de son état mental par le jury.

Le tribunal est saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt prononçant non-lieu ou acquittement, ou encore par l'arrêt de la Cour d'assises rendu en conformité du verdict et déclarant l'irresponsabilité.

La décision par laquelle le prévenu ou l'accusé déclaré irresponsable est renvoyé devant le tribunal en Chambre du Conseil, *interdit sa mise en liberté et ordonne qu'il sera retenu* dans l'un des locaux ou établissements prévus à l'article 39 jusqu'à décision du tribunal.

Art. 38. — En matière criminelle, le Président, après avoir posé les questions résultant de l'acte d'accusation et des débats avertit le *jury* à peine de nullité que, s'il pense à la majorité que l'accusé ou l'un des accusés est *irresponsable, il doit en faire la déclaration* en ces termes : A la majorité l'accusé est irresponsable.

Art. 39. — *L'État fera construire ou approprier un ou plusieurs asiles ou quartiers de sûreté* pour les *aliénés dits criminels* des deux sexes où seront conduits et retenus par les *soins du Ministre de l'Intérieur* les aliénés dont l'internement aura été décidé par le tribunal en Chambre de Conseil statuant comme il est dit à l'article 37.

Art. 40. — Pourront également être conduits et retenus dans les asiles ci-dessus spécifiés, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur :

1° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auraient commis un acte qualifié crime *ou* délit contre les personnes ;

2° Les condamnés reconnus aliénés (art. 36) reconnus après expiration de leur peine dangereux par le Ministre de l'Intérieur, soit quant à leur mise en liberté, soit quant à leur transfert dans un asile départemental.

Mais ces deux catégories d'aliénés seront immédiatement renvoyés devant le Tribunal en Chambre de Conseil qui statuera dans les formes prévues à l'art. 37 sur leur maintien dans l'asile ou le quartier de sûreté.

Tout aliéné traité dans l'asile spécial ou dans les asiles spéciaux peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur rendu sur la proposition motivée du médecin traitant.

Art. 41. — Lorsque la *sortie* d'un des aliénés internés en vertu des art. 36, 37, 40, est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'intéressé est ou non *guéri*, et, en cas de guérison, s'il est ou non *suspect d'une rechute* de nature à compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques, ou sa propre sécurité.

Cette demande et la déclaration susdites sont déférées de droit au *Tribunal qui statue en Chambre du Conseil* dans les formes de l'art. 37.

Si la sortie n'est pas accordée, la Chambre du Conseil peut décider qu'il ne sera procédé à nouvel examen qu'à l'expiration d'un *délai* qui ne peut se prolonger au-delà *d'une année*.

La sortie accordée est révocable et peut n'être que *conditionnelle*. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la Chambre du Conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier.

Si ces conditions ne sont pas remplies ou s'il se produit des menaces de rechute, la *réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée* conformément aux dispositions des articles 15, 28, 37.

Art. 42. — Lorsqu'un inculpé est *présumé aliéné, l'expertise contradictoire* prescrite en vue de déterminer son état mental peut avoir lieu soit dans le quartier ou l'asile d'observation et dépôt provisoire établi à l'hôpital ou hospice (art. 29 de la présente loi), soit dans un établissement public d'aliénés, ou dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public, si l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

L'admission de la personne présumée aliénée a lieu en vertu d'un arrêté du Préfet pris sur les conclusions de l'autorité judiciaire.

Si l'expertise a lieu dans un établissement d'aliénés, la personne présumée aliénée peut être réintégrée dans la prison par ordre du Préfet, après demande du Chef responsable au Préfet, pour motif de sécurité ou tout autre motif valable.

A ce projet de Loi la Chambre des Députés a, dans sa séance du 24 décembre 1901, donné une consécration partielle en désaffectant Gaillon dans les termes sous-désignés.

La Chambre, considérant que tous les aliénés, criminels ou non, sont des malades et relèvent de l'asile, non de la prison, décide la désaffectation de l'infirmerie pénitentiaire de Gaillon, et invite le Gouvernement à étudier un projet de construction à Gaillon ou ailleurs d'un *double asile de sûreté* pour aliénés des deux sexes *particulièrement dangereux, dont la présence dans les asiles départementaux est une cause de gêne, de trouble, d'insécurité.*

Sur la proposition Delbet, la Chambre invite le Gouvernement à désaffecter la Maison Centrale de Gaillon qui prendra le nom d'*Asile Central des aliénés criminels.*

Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'organisation d'un service médical et d'un service de surveillance en rapport avec cette destination nouvelle.

Quelles sont, d'après Alombert-Coget, les réformes nécessaires ?

I. — *L'examen médical de tout prévenu,* non par un médecin légiste quelconque, mais par un spécialiste, ou plutôt par plu-

sieurs spécialistes. Ces spécialistes choisis sur une liste d'experts de droit (professeurs de Faculté, médecins d'asiles et de quartiers d'hospice), et sur une liste d'experts désignés par le Parquet pour chaque Département, propre à l'instruction et à la défense (réforme Cruppi) seraient choisis librement sans l'intervention du Président du Tribunal par l'instruction ou la défense, s'ils résident dans le département (Toulouse)[1].

Pour faciliter l'expertise on créerait dans les *grandes prisons un local ou un quartier d'observation.*

Ainsi diminuerait-on le nombre des *aliénés méconnus et condamnés* qui très souvent sont des aliénés avant condamnation, c'est-à-dire des aliénés criminels[2].

II. — *L'Asile de sûreté.* — L'état actuel de nos connaissances psychiatriques ne permet pas de définir scientifiquement *l'aliénation mentale dangereuse,* en dehors de l'acte commis par l'aliéné, mais il permet d'énumérer les diverses catégories d'aliénés dangereux et criminels. En étudiant non leurs anomalies, mais l'individu, son passé, le milieu social où il a grandi, son hérédité, son affection mentale, on peut distinguer les *aliénés criminels* en :

1° *Aliénés criminels dégénérés ou d'instinct* (fous moraux, dégénérés et pervers de P. Garnier, G. Ballet, Magnan, ou folies du caractère de Charpentier), — certains imbéciles, faibles d'esprit, alcooliques et épileptiques vicieux et malfaisants — persécutés vrais recherchant les occasions d'agir ;

2° *Aliénés criminels hallucinés :* nombre d'alcooliques, d'épileptiques ; le persécuté obsédé par des idées délirantes mais luttant contre elles ;

3° *Les aliénés criminels accidentels :* Maniaques excités, déments puérils, paralytiques généraux.

Il convient donc de faire une *sélection* et de n'envoyer à *l'asile spécial de sûreté* que les criminels ou délinquants déformés du cerveau (héréditaires dégénérés, etc.) à obsessions et impulsions ayant un caractère nocif, dont l'acte délictueux résulte

1. — Commission mixte du Conseil Général de la Seine.

2. — V. Vingtrinier. *Annales d'hygiène et de médecine légale,* t. XLVIII et XLIX, 1852, 1853. — Monod, Taty, Pactet et Colin (suprâ).

de la nature criminelle de leurs tendances perverses et non d'un manque de surveillance pur.

Les *malades ordinaires des asiles signalés comme dangereux* ne devraient être envoyés à l'asile de sûreté que s'ils se livraient à des voies de fait, à des évasions ou à des tentatives d'évasions multiples, et encore faudrait-il une requête du médecin responsable au président du tribunal civil, une enquête, une expertise préalables. Car il importe de ne pas oublier que cet asile de sûreté impliquerait une sorte de déshonneur qui rejaillirait sur la famille, et qu'on doit éviter de le transformer en un asile-prison, en un asile-bagne.

Il serait donc, cet asile de sûreté, un asile particulièrement surveillé, mais aussi confortable et moralisateur comme à Perth (Écosse) par le travail ; toutes choses impossibles à réaliser dans des quartiers spéciaux annexés à des asiles départementaux.

Un asile suffirait pour toute la France ; ce serait un asile d'État organisé comme dans le Rapport Regnard et le projet Dubief, qui relèverait de l'assistance publique et non des services pénitentiaires.

III. — *Condamnés aliénés.* — Quand on aura par les réformes de l'instruction (Cruppi) éliminé les aliénés méconnus et condamnés à tort, soit 35 à 40 °/₀, il n'y aura plus qu'un petit nombre de criminels aliénés.

Les criminels aliénés vrais devront être résolûment séparés des aliénés ordinaires ; sans doute ce mode d'internement serait le moins coûteux, mais cette promiscuité serait immorale et inciterait à la simulation. Leur surveillance gênerait aussi la marche normale de l'asile.

On créerait pour eux un *quartier spécial annexe de l'asile spécial de sûreté.* A l'expiration de leur peine on les enverrait à leurs asiles départementaux respectifs puisqu'ils seraient devenus alors des aliénés ordinaires, et s'ils s'y montraient particulièrement nuisibles, ils seraient soumis à la procédure des aliénés criminels.

IV. — *Substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative.* — Cette substitution parait naturelle à M. Alombert-

Coget, pourvu qu'il y ait acte commis soit dans l'asile ordinaire, soit au dehors ; elle fonctionnerait pour le placement des crinels ou délinquants dans un simple asile ou à l'asile spécial.

La dénonciation par le médecin de la qualification de dangereux doit aussi mettre l'aliéné à la discrétion de l'autorité judiciaire. Il faut qu'il y ait préservation sociale.

Sur le mécanisme de la procédure l'auteur admet la constatation de la cause de l'acquittement ou de la mise en liberté pour démence par la juridiction pénale d'instruction ou de jugement.

En ce qui concerne la Cour d'assises, il ne voit aucun inconvénient à la consultation du jury ordinaire pourvu que l'accusé ait été l'objet préalable de l'expertise médicale. Le jury a toutes qualités alors pour se prononcer sur la question de la démence, mais c'est la Cour qui doit prononcer l'internement.

Pour ceux qui sont partisans de l'intervention du tribunal civil à cause des dommages qu'a commis l'aliéné criminel :

*a)* Dans le cas d'ordonnance ou d'arrêt de non-lieu, le *placement à l'asile spécial* ou quelconque serait ordonné par le Tribunal Civil à la requête du Ministère Public (Réforme du Code pénal, § 3, art. 55) ; — *b)* Dans le cas d'acquittement, la Cour ou le Tribunal Correctionnel, pourra ordonner que l'individu acquitté pour cause de démence sera placé dans un établissement d'aliénés *(ibid.)*.

Le placement par l'autorité judiciaire aurait également lieu dans le cas de *simple délit*.

V. — *Sortie des aliénés criminels.* — Il s'agit de s'opposer à ce que les aliénés criminels ne recouvrent pas leur liberté aussi facilement que les malades dont le délire ne s'est accompagné d'aucun acte nuisible. Il y a des aliénés dont l'existence est une perpétuelle menace contre la vie ou les biens de la Société, et aussi des aliénés qui, ayant tué une fois, recommenceront, au bout d'un certain temps, presqu'inévitablement leurs attentats.

Néanmoins la sortie est non seulement possible, mais susceptible d'une assez grande fréquence ; car souvent l'acte criminel perpétré au cours d'une affection mentale curable a tenu à des circonstances complètement indépendantes de la nature et des penchants de son auteur.

Le Pouvoir judiciaire est à l'abri de toutes les influences ; il est

apte à s'assurer des conditions indispensables à l'innocuité d'une sortie : il doit être chargé de cela.

C'est le Tribunal civil en Chambre du Conseil qui statuera : Saisi par simple requête de l'intéressé, ou de toute autre personne s'intéressant à ce dernier, il exigera, pour l'*asile spécial de sûreté, une expertise médico-légale,* établissant la guérison ou la déchéance physique complète, comme d'ailleurs on peut le faire actuellement au moyen de l'article 29 de la loi de 1838.

Pour l'*asile départemental* le Tribunal pourra se contenter du rapport du médecin traitant.

Il imposera une *surveillance ultérieure* consistant par exemple en la résidence obligatoire d'un particulier prenant en charge le sujet, s'engageant à le surveiller et à tenir au courant de sa conduite — en une visite médicale deux fois l'an — en la réintégration immédiate en cas d'accroc. Utilité du reste des Sociétés de patronage.

M. Alombert-Coget demande au demeurant :

1° L'expertise forcée de l'instruction, afin d'éviter de méconnaître l'aliénation mentale et de condamner à tort ;

2° La séquestration judiciaire de tout aliéné criminel ou délinquant, soit à l'asile spécial de sûreté, soit à l'asile ordinaire ;

3° L'envoi, soit à l'asile spécial, soit à l'asile départemental, par *sélection,* mais après décision judiciaire, des aliénés foncièrement criminels ou des aliénés criminels accidentels ;

4° L'internement à l'asile spécial par le même procédé des aliénés qui se montrent nettement dangereux dans les asiles ordinaires ;

5° L'internement des condamnés aliénés vrais en cours de peine en un quartier annexe de l'asile spécial ;

6° L'envoi des condamnés aliénés à l'expiration de leur peine soit à l'asile départemental, soit à l'asile spécial, selon leur degré de nocuité ;

7° La sortie de tout aliéné rentrant dans une des catégories précédentes par les soins et sous la surveillance de l'autorité judiciaire ;

8° La consultation constante des aliénistes sur les questions médicales et sur celle du degré de nocuité des sujets.

*
* *

Le tableau tracé par Alombert-Coget semble *à priori* renforcé par la chronique d'A. Ritti, parue en 1903, sur les *aliénés en liberté* [1]. Les statistiques de 1898-1902 fournissent 421 cas

1. — *Annales médico-psychologiques,* t. XVII, 1903, p. 5.

d'aliénés criminels de ce genre : 27,55 °/₀ ont commis des tentatives d'homicide, des agressions violentes ou fait des menaces de mort ; 20,66 ont tenté de se suicider ou se sont tués ; 16,39 ont tué ou se sont suicidés ; 15 ont été excentriques ou ont effectué des actes délictueux ; 6,41 ont mis le feu. En cinq ans, ces aliénés en liberté ont fait 410 victimes, dont 150 blessés plus ou moins grièvement (pas mal d'entr'eux ont succombé aux suites de leurs blessures ou sont demeurés estropiés), 149 tués, 111 suicidés ; près de la moitié ont tué femmes, maris, enfants. La grande majorité de ces crimes et délits ont été exécutés par des aliénés qui, pour la plupart, étaient malades depuis longtemps et qu'on aurait dû séquestrer, ou encore par des aliénés antérieurement traités dans les asiles, qui en étaient sortis prématurément. M. Ritti en conclut la nécessité de *séquestrer rapidement,* sans compliquer les formalités, de *ne pas faire sortir trop vite*[1], de créer des *asiles spéciaux* pour les aliénés dits criminels. Les médecins aliénistes allemands ont, d'ailleurs, ajoute l'auteur, en avril 1902, sur le rapport du professeur Hoche, demandé une statistique raisonnée de l'Empire allemand sur les faits délictueux et criminels commis par les aliénés en liberté[2]. En réponse à ce travail M. A. Marie préconise l'*internement d'emblée provisoire* dans un hôpital, sans intervention de l'administration, et *les sorties à l'étude dans la colonie familiale*[3].

*
* *

On a pu voir dans l'analyse impartiale du grand nombre des documents versés au débat jusqu'ici, qu'à côté de l'internement *systématique et spécial* de tous les *aliénés malfaisants,* pour nous servir de l'expression de Lenz[4], s'est manifestée la théorie de l'internement spécial *sélectif.* Voici maintenant une étude pratique à l'appui des manières de voir que nous avons reproduites de Falret, Dagonet, Legrand du Saulle pour qui la création d'asiles d'exception marquerait un retour en arrière. Nous

1. — Voyez Thèse de Pallut (Stéphane), *Sortie prématurée des aliénés,* Bordeaux, 1901.
2. — *Neurolog. Wochenscrift,* 1902, nos 5 et 6.
3. — *Annales médico-psychologiques,* t. XVII, 1903, p. 355.
4. — *Aliénés criminels.* Bruxelles, 1900.

voulons parler de la thèse de Maurice Olivier[1]. Conçue et exécutée sous l'inspiration du Dr Doutrebente (de Blois) elle démontre, à la lumière de 19 observations, que l'*aliéné criminel n'est pas plus dangereux qu'un autre;* que c'est là une classification juridique et non clinique et que 19 malades d'âges, de goûts, d'impulsions, d'affections mentales variés qui, libres, ont été pour la Société une cause de trouble et de désordre n'ont, à l'asile, été ni plus dangereux ni plus à craindre que les autres aliénés. Loin d'avoir été des éléments de désordre et de trouble, ainsi que l'ont indiqué Brierre de Boismont et Motet, ils ont été tous tranquilles et obéissants. Sur 19, 12 soit 63 % se sont montrés des *travailleurs assidus*. Jamais personne ne s'est plaint à l'asile de leur présence.

Quant au *condamné devenu aliéné* pendant son emprisonnement, Doutrebente n'en a jamais vu ; le fait n'est, pour lui, pas fréquent, et, quand il se présente, il n'est pas toujours aisé de déterminer l'heure où a commencé l'affection. S'il y a des raisons pour qu'il ne puisse être soustrait à l'action de la loi tant que sa peine n'est pas expirée, il suffit pour ce genre d'aliénés de modifier le texte de la loi de 1838.

Il n'y a donc, dit M. Olivier, aucune raison pratique, théorique, morale ou légale de modifier le régime des aliénés réputés criminels. Le système actuel présente des économies sérieuses sur celui qu'on voudrait lui substituer. Seulement il faut de petits asiles de 400 à 500 malades, pourvus d'un personnel médical et d'un personnel de surveillance suffisants, faciles en un mot à gouverner. C'est ce qui se fait à l'asile de Blois[2].

Dans ces conditions, « loin d'interner dans un asile-prison les aliénés réputés criminels, c'est à ouvrir davantage les portes des asiles ordinaires qu'on doit tendre. Ils ont besoin de sentir peser sur eux non l'autorité étroite du geôlier, mais la surveillance douce, pacifique, réconfortante du médecin ».

La *sortie* exige cependant une grande circonspection. Lorsque l'aliéné dit criminel en sera à sa première atteinte, lorsqu'on aura la certitude qu'à sa sortie de l'asile il n'ira pas retrouver le

1. — *Études cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels*, Paris, in-8°, 1903.

2. — Doutrebente. Congrès de Toulouse, 1897.

milieu où il vivait antérieurement, lorsqu'on sentira autour de lui une tutelle bienveillante et efficace, on pourra se montrer plus prompt à lui rendre sa liberté. Sur les dix-neuf malades envisagés *suprà,* sept ont quitté l'asile rétablis sans encombre ultérieur.

L'intervention du Tribunal statuant sur rapport du médecin traitant (Alombert-Coget) est cependant acceptable.

Utilité des Sociétés de patronage.

Et M. Olivier conclut en ces termes :

**1° La création d'asiles spéciaux destinés aux aliénés réputés criminels ne s'impose par aucune raison clinique, théorique, pratique thérapeutique, morale, pécuniaire ;**

**2° Tout au plus pourrait-on admettre la *création de quartiers attenant aux prisons* pour *criminels devenus aliénés ;***

**3° Nécessité de désencombrer les grands asiles et d'augmenter le personnel de surveillance ;**

**4° Obligation d'instituer près le Parquet une expertise médico-légale constante ;**

**5° Pouvoir *confié à l'autorité judiciaire* de décider de *l'internement* et de la *sortie des aliénés criminels après avis motivé des médecins.***

*
* *

Dans son remarquable Rapport au Conseil Général sur l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse, M. P. Sérieux[1] consacre toute la seconde partie à l'*assistance des aliénés criminels.* A la suite d'une étude très détaillée : *A)* des différentes catégories d'aliénés criminels ; — *B)* de la question des aliénés criminels en France ; — *C)* des asiles ou établissements d'aliénés criminels en Angleterre, en Écosse, aux États-Unis, en Belgique, en Allemagne, en Italie, il propose de créer en France[2] :

1° Un *asile central d'État* ou mieux *quatre quartiers spéciaux* annexés à des établissements *pénitentiaires* situés près d'une ville universitaire, pour les *condamnés devenus aliénés en cours de peine ;*

2° Trois *asiles de sûreté régionaux* pour les *aliénés dangereux,* aliénés ayant commis un crime ou une tentative crimi-

1. — Paris, 1903, pp. 51 et suivantes.
2. — *Ibid.,* pp. 184 et suivantes.

nelle, soit avant leur internement (aliénés objet d'une ordonnance de non-lieu, aliénés acquittés) soit au cours de leur internement (malades qui, placés dans un asile, auraient commis un acte qualifié crime contre les personnes, des tentatives d'incendie, etc., etc.).

Dans ces asiles seraient également transférés les détenus provenant de l'asile central (ou des quartiers spéciaux) non guéris à l'expiration de leur peine et considérés comme *dangereux* pour l'asile départemental, les *aliénés malfaisants à mauvais instincts,* les *alcooliques invétérés,* les *fous moraux,* les *criminels-nés,* les *sujets à responsabilité atténuée,* les *inculpés dangereux en observation* pour cause de folie ou de simulation.

**Le Pouvoir judiciaire éclairé par une expertise médicale interviendrait pour l'entrée et la sortie des malades ayant commis des actes qualifiés crimes.**

Ainsi la Société serait mieux protégée ; les aliénés ordinaires seraient débarrassés d'un contact pénible ; des asiles départementaux pourraient être éliminés les derniers vestiges rappelant encore les prisons ; les aliénés criminels et malfaisants seraient répartis par catégories distinctes dans différents établissements et dans chaque établissement ils pourraient encore être classés suivant leurs réactions et se livrer à un travail régulier.

L'observation mieux faite des *anormaux malfaisants, amoraux anti-sociaux* que l'on considère, à juste titre, comme insuffisamment aliénés pour les asiles et insuffisamment responsables pour les prisons, permettrait, dans ces établissements spéciaux intermédiaires, d'acquérir des connaissances précises sur l'état mental d'une grande catégorie d'inadaptés au grand profit de la prophylaxie du crime et de la doctrine de la responsabilité atténuée.

*
* *

Enfin et c'est par là que nous terminerons, dans son récent article sur l'*internement des aliénés criminels* et des *condamnés aliénés* du Traité de pathologie mentale de M. Gilbert Ballet[1],

1. — Paris, in-8°, 1903, p. 1409 et suivantes.

M. Ch. Vallon regrette que l'aliéné qui a commis un crime, échappant à une condamnation grâce à un avis médical, évite ensuite l'internement c'est-à-dire sorte de l'asile des aliénés sans autre formalité grâce à un autre avis médical. Il se déclare partisan d'un asile spécial, d'un *asile de sûreté* où seraient *placés tous les aliénés ayant ou non commis un crime mais particulièrement dangereux ;* il veut, néanmoins, qu'il y ait *sélection.*

Il signale les lacunes de la loi de 1838 relatives aux *condamnés aliénés.* Ceux qui sont condamnés à plus d'un an et deviennent aliénés ou épileptiques avant l'expiration de leur peine sont soignés au quartier spécial d'aliénés près la Maison Centrale de Gaillon. S'ils ne sont pas guéris à l'expiration de leur peine, ils sont remis à leur famille ou à une personne ou institution charitables pourvu que celles-ci s'en chargent ; sinon ils sont transférés à l'asile départemental correspondant à leur domicile de secours. Ceux qui sont condamnés à moins d'un an et qui, de ce fait, subissent leur peine dans les prisons départementales sont, quand ils deviennent aliénés, transférés dans les asiles départementaux. Tous ces malades finissent le plus généralement par sortir sans plus de difficultés.

Jamais l'Administration n'a organisé de quartier semblable à celui de Gaillon pour les femmes détenues.

Une très intéressante description est faite des législations étrangères qui régissent les aliénés quelconques et les aliénés criminels en particulier des Iles Britanniques, de l'Écosse, de la Suisse, de l'Autriche-Hongrie, de l'Allemagne, de la Belgique, du Luxembourg, de la Hollande, de l'Italie, de l'Espagne, du Portugal, de la Suède et de la Norwège, de la Russie, de la Serbie, de la Roumanie, des États-Unis, du Canada, du Brésil. Cette description corrobore, en les mettant au point, les enquêtes de la Société générale des prisons et de M. Alombert-Coget[1] ; elle confirme le rapport de M. Sérieux dont nous venons de parler.

1. — *Internement des aliénés criminels,* Paris, in-8°, 1902, ch. V, pp. 73 à 107.

# CHAPITRE II

## Problèmes à résoudre.

L'esquisse historique des documents principaux à laquelle nous avons consacré l'essai que l'on vient de lire révèle, à notre avis, un ensemble général d'idées dont nous nous permettrons de tracer l'évolution en abrégé.

La question des aliénés criminels d'abord séparée de celle des criminels aliénés s'y est finalement presque incorporée.

Elle s'est elle-même fondue dans celle des délinquants quelconques peu ou prou dangereux, vicieux, dépravés.

Il s'est ainsi formé une question des aliénés dangereux, une question des aliénés vicieux, une question des aliénés dépravés.

Et chacune de ces questions qui, d'abord, avait pour but d'étudier les mesures à prendre à l'égard de tous les aliénés qui avaient, quelle que fut l'époque de leur maladie mentale par rapport au crime ou délit commis, enfreint les lois, s'est bientôt transformée en une mesure de sécurité des asiles eux-mêmes, dans l'intérêt bien entendu des aliénés ordinaires, et de préservation sociale générale, fût-ce pour ceux des individus aliénés qui n'avaient encore été l'objet d'aucune inculpation, d'aucune action judiciaire, ni pour crime, ni pour délit grave, ni pour délit quelconque.

L'intérêt des aliénés criminels, foncièrement criminels et suspects de rechute, a pâli devant celui de tous les aliénés à tendances nocives, si bien que depuis Brierre de Boismont et Aubanel, en passant par des fluctuations diverses et d'infinies recherches dont on trouve dans le précédent chapitre les traits particuliers, jusqu'à Alombert-Coget, on a de plus en plus considéré la nature probable des aliénés dans ses rapports avec les désordres dont ils sont susceptibles, soit dans la Société, soit à l'asile ordinaire, et on a étendu ainsi, tout en le fractionnant, considérablement le débat.

Malgré l'identification des criminels aliénés avec les aliénés

criminels, on a reculé, soit devant la séquestration séparée et perpétuelle, soit devant la séquestration perpétuelle commune de ces criminels, parce qu'on a reconnu que les aliénés coupables de crimes ou de délits graves n'étaient, sauf quelques exceptions, pas plus dangereux que les aliénés quelconques. On a même dit qu'il y avait des aliénés innocents, quant à leurs actes, indemnes de toute action nuisible avant leur séquestration contre les personnes et les propriétés, qui étaient bien autrement dangereux. Et on s'est mis alors à s'interroger sur le degré de nocivité de l'aliéné en général. C'est à ce propos qu'ont été prononcées les phrases fameuses : « Tous les aliénés ont la virtualité criminelle, ils ont tous la virtualité dangereuse. »

Mais comment arriver à établir le degré de cette force tendentielle, soit chez l'aliéné coupable, soit chez l'aliéné non coupable ? Comment dépister les nuances de la criminalité à craindre, soit avant toute manifestation agie, soit de rechef après l'exécution d'un premier acte. Comment en diagnostiquer ou pronostiquer la variété, soit chez l'aliéné criminel, chez le criminel aliéné, chez l'aliéné délictueux, chez le délictueux aliéné, soit chez l'aliéné qui pour avoir été jusqu'ici inoffensif pourrait bien devenir dangereux. D'importants travaux ont surgi. Citons en première ligne l'effort de Marandon de Montyel ; chaque jour nous apporte une contribution nouvelle d'estimables investigations sur le mécanisme de l'acte dangereux chez l'aliéné, sur les éléments de l'état mental ou de la constitution physique qui paraissent l'expliquer ou le faire redouter. Nous ne croyons pas qu'on soit encore autorisé à y puiser des arguments en faveur d'une application individuelle de mesures correspondantes.

L'examen des mesures préventives du crime chez l'aliéné en général est contemporain des préoccupations précitées. Le nombre des fous moraux augmentait, ou si l'on préfère, c'était celui des individus à tendances dangereuses intermédiaires aux aliénés classés et aux gens normaux, sur la limite de la folie. Peut-être encore fallait-il accuser l'insuffisance de l'assistance qui négligeait l'individualisation thérapeutique, la répartition sélective instamment recommandée ; de sorte que les asiles recevant pêle-mêle toute sorte de sujets, devenaient, à cause de leur encombrement irrationnel, incapables d'approprier aux divers caractères des aliénés les modes de traitement que cha-

cun d'eux comportait. Telle est la phase présente des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels dont la définition est devenue plus compréhensive.

Et maintenant, tout en étendant l'aile de l'autorité judiciaire non plus seulement sur les délinquants et criminels irresponsables ou semi-irresponsables qui ont eu maille à partir avec la justice, on prétend dénoncer à l'autorité judiciaire tout aliéné qui semble faire courir un danger non point simplement à la Société, mais même aux hôtes des asiles ses compagnons, et le traiter, comme a dit M. Dubief, malgré lui, en l'internant sous une forme exceptionnelle en des établissements spéciaux préparés, organisés et administrés à cet effet. A une certaine période la collaboration du médecin à cette besogne paraissait un peu négligée ; mais les médecins eux-mêmes s'étant montrés favorables à la mise en vigueur de ces procédés d'exception, leur aide préalable a été proclamée indispensable.

Examinons donc les modalités des mesures proposées. Les unes sont d'ordre principalement judiciaire, les autres sont surtout d'ordre médico-administratif. Elles peuvent les unes et les autres former un ensemble coordonné complet. Elles peuvent aussi être indépendantes ou partiellement indépendantes en vertu de mécanismes prévus. Nous appellerons les unes des dispositions judiciaires, les autres des dispositions médico-administratives. Nous tenterons, en dernier lieu, de poser quelques jalons sur les moyens aptes à prévenir les crimes des aliénés criminels ou dangereux.

## I. — DISPOSITIONS JUDICIAIRES

Elles se résument d'un trait en la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative. Est-elle opportune ?

Ceux qui la préconisent invoquent l'indépendance de la magistrature et ses moyens d'action supérieurs au sujet des enquêtes et des moyens de surveillance dont elle dispose.

### *A)* Aliénés criminels.

Les personnes aliénées au moment où elles ont commis un acte punissable par la législation criminelle sont généralement

désignées sous le nom d'aliénés criminels. Expressions impropres puisqu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister (art. 64 du code pénal). On comprend d'habitude sous le même vocable les délinquants quelconques.

Or il est, d'après le Dr Ch. Vallon qui tout récemment a résumé la question [1], à remarquer que, la loi de 1838 ne contenant aucune disposition à leur égard, leur internement est souvent difficile, parfois impossible, et leur sortie n'est entourée d'aucune garantie particulière.

« Quoi que prononce le juge d'instruction et la Chambre des mises en accusation sur l'état d'aliénation mentale de l'inculpé (ordonnance-arrêt de non-lieu), *à fortiori* s'il s'agit d'un acquittement pour cause d'aliénation mentale du tribunal correctionnel et de la Cour d'assises » l'aliéné qui a causé un préjudice à la Société ne saurait être interné *de plano* dans un établissement d'aliénés. *Aucune juridiction n'a le pouvoir d'effectuer cet internement.*

L'autorité judiciaire se doit borner à mettre la personne renvoyée ou relaxée, acquittée pour cause de démence, à la disposition de l'autorité administrative qui seule a qualité pour le placement d'office dans un établissement d'aliénés.

Bien plus, le Préfet saisi peut réclamer un nouvel examen médical, d'autant que le rapport de l'expert devant les juridictions sus-visées a généralement plus de 15 jours de date. Le médecin commis par le Préfet peut conclure qu'il n'y a pas lieu à l'internement, soit qu'il ne partage pas l'avis de l'expert, soit que l'état mental du malade se soit modifié. En ce cas l'individu est remis en liberté.

« C'est pourquoi, ajoute M. Vallon après tant d'autres, le jury a déclaré coupables des individus notoirement aliénés au moment où ils avaient commis leurs crimes, dans la crainte de les voir soit échapper à l'internement, soit une fois internés s'évader, ou même être relâchés au bout de quelque temps et recommencer leurs méfaits. »

1. — Internement des aliénés dits criminels et des condamnés reconnus aliénés *in* Traité de pathologie mentale de G. Ballet, 1903, p. 1409.

A Paris cependant le Préfet de Police prononce l'internement en se basant simplement sur le rapport de l'expert.

La *sortie* n'est toujours, suivant le même auteur, entourée d'aucune garantie particulière. Aussi a-t-on proposé de confier à l'autorité judiciaire en cas d'acquittement, de non-lieu ou de jugement quelconque basé sur l'irresponsabilité, le placement d'emblée et aussi la libération.

Y a-t-il réellement lieu de transférer à l'autorité judiciaire l'internement, le maintien, la sortie de tout aliéné qui a commis un crime? Doit-on distinguer quant à la nature du crime? Y aurait-il selon les espèces ou d'une manière quelconque, un ou plusieurs procédés juridiques à adopter? Lesquels ?

Il est hors de doute que l'immense majorité des auteurs qui ont traité ces différents points s'est prononcée pour la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative en ce qui concerne l'internement, le maintien, la sortie de tout aliéné ayant commis crime ou délit sous l'influence de l'aliénation mentale. Mais il est non moins certain que les considérants et les systèmes se sont, avec le temps, pas mal adoucis.

Ce sont surtout les aliénés homicides, à crimes monstrueux, dont on craint la récidive qui d'abord émeuvent les promoteurs de législations nouvelles, que ce soit en Angleterre, en Italie, en France. Par exemple Georget attaqué pour ses rapports médico-légaux, et notamment pour celui en faveur de Papavoine, finit par s'écrier : « Si l'on prétend faire un sacrifice plus grand à la sûreté publique et aux préjugés populaires, que l'on ajoute à l'article 64 du Code pénal (remarquons que nous sommes en 1826) un paragraphe déclarant les aliénés homicides passibles d'une séquestration à temps ou perpétuelle. » Il en est de même pour Aubanel, pour Wood, pour Brierre de Boismont, pour MM. Boyard, de Gobery et de Perry. On est sous l'influence de l'expression d'Esquirol ; l'homicidomanie à rechutes, incurable. Le grand criminel aliéné hante les esprits. On parle de séquestration permanente. Cette mesure est d'ailleurs encore revenue en 1895, à propos des homicidants récidivistes ou obsédés de crimes (Charpentier, Jul. Voisin, Ch. Vallon, Henri Colin).

En vain Dagonet (1868), J. Falret (1868-69), Legrand du Saulle (1878), la Commission de la Société médico-psychologique (1882), luttent-ils contre l'introduction de l'autorité judiciaire dans les

mesures d'internement des aliénés criminels, admettant tout au plus une simple modification de la législation qui nous régit encore aujourd'hui; ils pensent qu'en réalité tous les aliénés pourraient être criminels et que ceux qui ne l'ont pas été ont dû cette chance à des circonstances accidentelles.

En 1880, M. Proust (E.) propose que tout aliéné ayant été l'objet d'un non-lieu, d'un jugement ou arrêt d'acquittement, sera transféré par *réquisition du Ministère public, à laquelle le Préfet sera tenu d'obéir,* dans un asile, quand l'état de démence sera de nature à compromettre l'ordre public et la sécurité des personnes. Citerons-nous toutes les mesures analogues qu'on n'a cessé de réclamer à l'égard de tout aliéné criminel, de tout délinquant irresponsable; on trouvera dans l'historique les avis de Billod et Lunier (1882); Motet (1882), (1895); Marandon, (1891); Vallon, Arnaud, Auguste Voisin, Charpentier (1895); Ch. Constant (1897); Leredu, de Buschère, Motet (1897); Taty (1899); G. Ballet (1895).

Nous ne nous attacherons ici qu'à quelques documents, susceptibles de mettre en lumière les courants d'idée d'une application plus généralement admise.

Si M. G. Ballet (1895) notamment, veut, d'accord avec le projet de loi du Sénat, voir la magistrature agir pour l'internement, le maintien, la sortie de tout aliéné criminel, dont M. Christian réclamait la même année le placement dans un asile *ipso-facto* du fait du non-lieu, on ne lit pas sans fruit le *projet de loi Dubief* qui apparaît comme l'incarnation de la plupart des discussions antérieures; il reste la table de la loi future jusqu'à nouvel ordre (1896-1898).

D'après les articles 37 et 38 de sa section III, tout inculpé objet de non-lieu comme irresponsable; tout prévenu poursuivi correctionnellement mais acquitté par suite de son état mental comme irresponsable; tout accusé devant le Conseil de Guerre acquitté pour le même motif; tout accusé devant la Cour d'assises acquitté par le Jury dans les mêmes conditions; *sont envoyés devant le Tribunal en Chambre du Conseil* qui, le Procureur de la République entendu, ordonnera son internement *si son état est de nature à compromettre la sûreté, la décence et la tranquillité publiques, sa propre sûreté, sa guérison.*

Le *mécanisme* de la procédure pour cet internement est ainsi fixé : Le Tribunal est saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononcent le non-lieu ou l'acquittement, ou par l'arrêt de la Cour

conforme au verdict et déclarant l'irresponsabilité. Cette décision qui renvoie l'individu devant le Tribunal *interdit sa mise en liberté* et ordonne qu'il sera retenu jusqu'à décision du Tribunal.

En matière criminelle le Président ajoute aux questions résultant de l'acte d'accusation et des débats qu'il avertit le Jury d'avoir à déclarer s'il pense, à la majorité, que l'accusé ou l'un des accusés est irresponsable.

D'après l'article 41. — Les aliénés criminels ne peuvent SORTIR que si le *médecin traitant* les déclare *guéris* non *suspects de rechute* de nature à compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques ou leur propre sécurité. Leur demande et leur déclaration doivent être déférées de droit au *Tribunal statuant en Chambre du Conseil.*

Art. 42. — Si le Tribunal n'accorde pas la sortie, il doit remettre le requérant à un an au maximum. Et encore toute *sortie n'est-elle que conditionnelle, révocable ;* elle implique des *mesures de surveillance* à régler par la Chambre du Conseil ; à la moindre difficulté, la *réintégration judiciaire est possible.* En tout ce mécanisme, l'opinion des médecins est obligatoire.

Plus exigeants sont MM. RAMADIER et FENAYROU (1898) qui, partisans aussi de l'internement par l'autorité judiciaire, demandent pour la SORTIE une Commission de médecins ayant à leur disposition un dossier complet du patient. La décision de cette Commission ne serait qu'un prologue ; il faut, au cas où elle serait favorable, un internement supplémentaire d'épreuve à fixer par une Commission de magistrats et de médecins ; cette Commission se baserait *non seulement sur la gravité des crimes ou délits, mais surtout sur l'importance des tendances nocives manifestées et la nature de l'affection mentale.*

A quiconque rappelerait que A. REGNARD se contentait (1901) de l'internement de l'aliéné criminel par le Ministre de l'Intérieur dans un asile spécial, on pourrait répondre que le Conseil supérieur de l'assistance publique substituait, en adoptant le rapport, l'autorité judiciaire.

M. ALOMBERT-COGET (1902), malgré la substitution en principe de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, exige la *sélection* préalable par les médecins de l'aliéné criminel quant au local d'internement (dont il sera parlé plus loin) ; il veut, comme M. Dubief, que la juridiction pénale, d'instruction ou de jugement, spécifie la cause de l'acquittement ou de la mise en liberté pour *démence*, que le jury dûment éclairé par l'expertise médico-légale antécédente, tranche aussi la question de *démence*. Il

admet également que le PLACEMENT de l'aliéné criminel relevé par ordonnance ou arrêt de non-lieu soit ordonné par le Tribunal civil mais à la requête du Ministère public (selon la réforme du code pénal, § 3, article 55). En cas d'acquittement du criminel c'est, pour lui, la Cour qui doit ordonner l'internement de l'individu acquitté pour cause de démence dans un établissement d'aliénés; en matière correctionnelle, le tribunal doit pouvoir ordonner l'internement de l'aliéné acquitté. Pour ce qui est du simple délit, l'autorité judiciaire exécuterait de même le placement.

M. Alombert veut en revanche qu'on facilite la SORTIE car souvent le *crime a été simplement dû à des circonstances indépendantes de la nature et des penchants de son auteur*. De même que dans le projet Dubief, *le Tribunal en Chambre du Conseil* doit prononcer à la suite d'une requête, soit de l'intéressé, soit de toute personne s'intéressant à lui ; d'une expertise médico-légale établissant la guérison ou la déchéance physique complète. Si le criminel est séquestré à l'asile départemental, le rapport du médecin traitant suffira. Le Tribunal imposera, d'ailleurs, une surveillance ultérieure.

M. SÉRIEUX (P.) est aussi d'avis que le pouvoir judiciaire éclairé par une expertise médico-légale intervienne pour l'entrée et la sortie des aliénés criminels (1903).

Tout en ne voyant pas dans l'aliéné criminel un aliéné plus dangereux que les autres M. M. OLIVIER consent à ce que, pourvu qu'il y ait une expertise médico-légale constante, on confie à l'autorité judiciaire le pouvoir de décider de l'internement et de la sortie de l'aliéné criminel : pour la sortie un simple rapport du médecin traitant suffirait (1903). Cet avis avait déjà été émis par M. HENRI COLIN (1897).

Tels sont les dispositifs les plus modernes qui, à peu de chose près unanimes, fourniraient, s'ils étaient adoptés, la réponse aux plaintes dont M. Vallon s'est fait l'écho. Quelques médecins légistes ont fait ressortir que, fréquemment, par suite de transferts ou pour tout autre motif le médecin de l'asile auquel l'Administration confie le traitement d'un aliéné criminel ignore les causes et les détails de cet internement; aussi ne mettrait-il pas en pareil cas obstacle à une sortie par amélioration. C'est une guérison complète, absolue, indéniable, non suspecte de rechute

qu'il faut aux médecins si soucieux de la sauvegarde sociale. C'est pourquoi il est question de dossier complet dans le mémoire de MM. Ramadier et Fenayrou.

M. Vallon exigerait pour la mise en liberté de l'aliéné criminel une nouvelle expertise confiée : 1° au médecin ou à l'un des médecins ayant procédé à la première expertise ; 2° au médecin dans le service duquel se trouverait l'aliéné ; 3° à un troisième médecin choisi par l'autorité judiciaire. Si l'on adopte le mécanisme de l'expertise contradictoire on ferait, ajoute-t-il, une expertise « confiée d'une part au médecin traitant, d'autre part aux médecins chargés de la première expertise par l'autorité judiciaire ; en cas de décès d'un de ces médecins, il en serait nommé un autre choisi soit par l'autorité judiciaire, soit par l'interné suivant la catégorie à laquelle appartenait l'expert décédé ou absent ».

***

Nous aurions personnellement mauvaise grâce à rejeter l'intervention de la Magistrature dans la séquestration, la maintenue, la sortie des aliénés qualifiés à tort de criminels. L'immense majorité des personnalités scientifiques qui s'y rallient après tant et tant d'années de discussions et d'études donnent à la nouvelle formule que nous nous sommes attaché à reproduire ici une importance considérable. Que de fois d'ailleurs n'avons-nous pas lu qu'à côté de la sécurité sociale, cette réforme supprime la responsabilité du médecin traitant !

Toutefois nous devons à la vérité d'ajouter que dans le cours d'une Direction médico-administrative de huit années d'un des asiles réputés pour un des plus difficiles de France, dans une région industrielle limitrophe de la frontière, nous n'avons pas plus que le Dr Doutrebente (v. thèse M. Olivier) eu besoin de cet expédient.

Les aliénés criminels dont l'autorité judiciaire, se conformant à la loi de 1838, a demandé au Préfet le placement à l'asile départemental y ont toujours été admis ; tous les documents que nous avons demandés sur eux nous ont toujours été communiqués ; il en a constamment été dressé copie à l'établissement de façon à ce qu'on ne perdit jamais de vue les causes et les détails de l'internement. Quand nous avons dû faire sortir

l'aliéné criminel nous avons tenu compte des conditions qui avaient présidé à la maladie mentale et à l'accident criminel ainsi que de celles dans lesquelles allait se trouver le sujet à sa sortie. Nous n'avons point eu encore à déplorer de suites graves.

### *B)* Criminels aliénés.

Ce sont les criminels aliénés qui ont, dans les vingt-cinq dernières années, quelque peu obscurci la question des aliénés criminels. Que l'on parcoure dans les Archives de Neurologie les comptes-rendus des Sociétés allemandes de 1880-1895, que l'on médite profondément les auteurs, on se sentira fort troublé de ses lectures. On les confond le plus habituellement au cours d'un même mémoire. Cela n'est pas étonnant puisque, comme l'ont démontré Pactet (1893), Pactet et Henri Colin (1902), P. Garnier (1892), H. Monod (1894), Taty (1899), un grand nombre des condamnés devenus aliénés dans les établissements pénitentiaires, soit 35 à 40 °/₀, sont des aliénés criminels. Les autres sont de véritables criminels aliénés. Ces criminels aliénés sont considérés comme d'une nature particulièrement dangereuse et vicieuse soit à raison de leur constitution mentale et physique (Henri Colin (1897), Vigouroux et Colin), P. Nœcke (1892), soit à cause de leur séjour prolongé dans les prisons.

La situation qu'ils occupent vis-à-vis de la loi légitime cependant un paragraphe à part. Ce sont des condamnés.

Puisque nous sommes sur le terrain judiciaire, force nous est de nous arrêter sur les moyens légaux à prendre à l'effet de déterminer l'essence criminelle ou non du condamné devenu aliéné, ou plutôt à l'effet d'empêcher qu'il ne se glisse dans la catégorie des criminels aliénés des aliénés criminels. Comment éviter les erreurs judiciaires ?

Par la *réforme de l'instruction et de l'expertise* à laquelle M. Cruppi a attaché son nom, réforme dont tout le monde est partisan et dont M. Dubief proclame l'urgence, soit dans son projet de loi, soit dans sa communication à la Société générale des prisons (1896, 1897, 1898).

M. Alombert-Coget (1902) en a très clairement posé les principes. Tout prévenu sera examiné par un aliéniste ou plutôt par

plusieurs aliénistes. On sait qu'il doit y avoir deux listes : La liste des experts de droit comprenant les professeurs de Faculté, les médecins d'asiles ou de quartiers d'hospices désignés par ordonnance du Président du Tribunal civil. La liste des experts désignés par le parquet pour chaque département, à la disposition de l'instruction et de la défense. Mais Toulouse a fait remarquer que puisqu'il s'agissait d'une *expertise contradictoire* il fallait laisser à l'instruction et à la défense le libre choix des experts de droit sans l'intervention du Président du tribunal pourvu que ces experts résidassent dans le département. (Commission mixte du Conseil Général de la Seine.)

Les criminels aliénés étant alors nettement déterminés, quelle est et quelle doit être leur situation ?

Les lacunes à leur sujet, de la loi de 1838, nous les emprunterons de rechef à M. Ch. Vallon.

Tous les condamnés aliénés ressortissent à l'Administration pénitentiaire. Longtemps on a simplement transféré les prisonniers devenus aliénés dans un asile d'aliénés ordinaires par simple décision ministérielle. Mais à la suite de certains abus, l'Administration centrale a décidé la création d'un quartier spécial d'aliénés dans la Maison Centrale de Gaillon et l'on y a placé les condamnés aliénés, ou épileptiques même non aliénés, sous le coup d'une *condamnation de plus d'une année*.

L'admission dans ce quartier ne se peut faire que par décision ministérielle ; de même la sortie. Dans le cas où la guérison n'aurait pu être obtenue avant l'époque de leur libération, une décision ministérielle prise à la suite de propositions transmises par le Préfet deux mois au moins avant la date de cette libération, remet le malade soit à sa famille, soit à une personne ou à une institution charitables, soit à l'asile départemental auquel il appartient de par son domicile de secours.

Quant aux *condamnés à moins d'un an* qui, de ce fait, subissent leur peine dans les prisons départementales, ils sont, quand ils deviennent aliénés, transférés dans les asiles départementaux.

Rien n'a été fait pour les femmes condamnées devenues aliénées. Elles sont transférées dans les asiles départementaux quelle que soit la durée de la peine à laquelle elles ont été condamnées.

Disons sur le champ que, sur la motion du Dr Delbet, la Chambre des Députés a, le 14 décembre 1901, transformé le quartier spécial de Gaillon en asile central des aliénés criminels. Nous nous en occuperons plus tard.

Comme au surplus nous sommes toujours sous le régime de la loi de 1838 les condamnés aliénés restent justiciables de cette loi.

Autant nous avons été perplexe au sujet des dispositions judiciaires concernant les aliénés criminels parce que ce sont avant tout des malades, autant nous nous rangerions volontiers à l'idée d'une législation particulière pour les criminels aliénés proprement dits, malgré l'identification qu'en a faite Henri Colin à la Société générale des prisons (1897) avec les aliénés criminels ; il y a, à notre avis, des chances pour que, après la minutieuse sélection de l'expertise contradictoire, on ait affaire à des esprits modelés d'une certaine façon, foncièrement criminels, imposant par conséquent des mesures de protection légale adaptées à leur moralité. Telle paraît être l'opinion de Bourneville.

Déjà E. Proust, en 1880, avait proposé sous le n° 45 une addition à la loi de 1838. D'après cette addition, tout condamné pour crime et délit, devenu aliéné après condamnation, pouvait, sur l'avis du Procureur de la République du lieu de détention, être conduit dans un asile ; après la peine, il devenait un aliéné criminel qui ne pouvait être mis en liberté que conformément aux autres additions à la loi de 1838, et sa sortie était assimilée à celle des aliénés criminels, ne pouvant être demandée que conformément à l'article 29 actuel (intervention du Tribunal en Chambre du Conseil).

En 1882, la Commission de la Société médico-psychologique admettait que les individus devenus aliénés après condamnation ou en cours de jugement incombaient à la Magistrature qui devrait être souveraine pour l'internement, le maintien, la sortie de ces individus. Évidemment la Commission avait en vue les criminels proprement dits devenus aliénés. Billod disait aussi (1882) que c'est à l'autorité judiciaire de décider de l'internement, du maintien, de la sortie des condamnés aliénés. Par contre, la

Commission extra-parlementaire ne parlait que de leur internement par mesure administrative.

Leredu, de Buschère et Motet imputent à l'autorité judiciaire le droit de placement immédiat des criminels à responsabilité atténuée (1897).

Le projet de Loi Dubief dispose comme suit sur ces malades dans sa section III :

Art. 36. — Les condamnés de l'un et de l'autre sexe à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an de prison, épileptiques ou aliénés en cours de peine, au sujet desquels le certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire fournit les indications techniques voulues sont, après avis du médecin désigné par le Procureur de la République, retenus jusqu'à guérison ou expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers spéciaux de sûreté. (Voir plus loin.)

Les autres condamnés sont dirigés dans un asile départemental par décision du Ministre de l'Intérieur.

Art. 40. — Les condamnés reconnus après expiration de leur peine dangereux par le Ministre soit quant à leur sortie, soit quant à leur transfert dans un asile d'aliénés ordinaire, sont maintenus par lui dans les asiles ou quartiers spéciaux.

D'après ce projet la sortie de ces malades est soumise aux mêmes précautions que celles des aliénés criminels (art. 41 et 42) ; si le médecin traitant a décidé que le condamné aliéné est guéri, non suspect d'une rechute de nature à compromettre la sécurité des personnes, ou sa propre sécurité, la demande de sortie et la déclaration médicale sont déférées de droit au Tribunal statuant en Chambre du Conseil. Le Tribunal, s'il n'accorde pas la sortie, remet à un an au maximum ; la sortie n'est que conditionnelle, révocable ; elle implique les mesures de surveillance réglées par la Chambre du Conseil et la réintégration judiciaire sans plus de formalités si les choses ne prennent pas une tournure convenable.

Henri Colin, en 1897, adoptait ces mesures.

Alombert-Coget (1902) pense de même que les criminels aliénés en cours de peine doivent être envoyés en lieu sûr par le Tribunal Civil siégeant en Chambre du Conseil. Ceux dont la peine a expiré seront envoyés par le Ministre de l'Intérieur dans les asiles ordinaires à moins qu'ils ne soient dangereux, et dans ce cas ils devront être traités comme tels (asile spécial).

Pour la sortie il demande l'intervention du Tribunal Civil en

Chambre du Conseil avec la même procédure que pour les aliénés criminels, quel que soit le lieu de la détention, asile spécial ou asile ordinaire.

Maurice Olivier (1903) tend à regarder le condamné devenu aliéné en prison comme un aliéné criminel ; il ne proposerait donc à son sujet que ce qu'il a proposé pour l'aliéné criminel ; en tout cas, tant que sa peine est en cours, la loi de 1838 suffit en la modifiant si l'on veut. P. Sérieux (1903) attribue invariablement au pouvoir judiciaire, éclairé par une expertise médico-légale, le droit de garder les prérogatives de l'internement, du maintien, de la sortie d'aliénés quelconques ayant commis des crimes, *à fortiori* des condamnés criminels aliénés.

***

Nous croyons que si l'expertise contradictoire indispensable arrive à préciser autant qu'il est possible la nature de l'aliéné inculpé, il y aura bien des chances en faveur de la criminalité prédominante chez ceux des condamnés qui seront devenus aliénés en cours de peine ou seront restés aliénés après l'expiration de leur peine. Il y aurait par suite lieu de recommander à leur sujet l'intervention de la magistrature conformément aux propositions de Dubief et Alombert-Coget. Pour la sortie nous sommes d'ores et déjà armés par l'art. 29 de la loi de 1838 ; le Tribunal Civil en Chambre du Conseil, après examen médical, ne constitue donc point une innovation ; c'est une généralisation.

Nous ferons néanmoins comme précédemment remarquer que jamais nous ne nous sommes heurté à des difficultés soit quant à l'internement, soit quant à la maintenue, soit quant à la sortie des condamnés aliénés. Jamais non plus nous n'avons eu à nous repentir de leur sortie quand elle nous a paru juste. S'agissait-il de personnalités éminemment dangereuses dont la criminalité était inquiétante, dont l'état mental comportait des impossibilités de mise en liberté indéniables, nous nous abstenions de toute sortie. Sinon nous nous guidions d'après les circonstances, les milieux, les conditions d'une surveillance efficace. Cela ne veut pas dire que l'on puisse aisément opérer partout.

### C) Aliénés dangereux, vicieux, dépravés.

Une explication s'impose.

Que signifie l'expression d'aliénés dangereux ? Est-ce que les aliénés criminels et les criminels aliénés dont nous avons examiné le cas ne sont pas des aliénés dangereux ? Y en a-t-il d'autres ? Y a-t-il d'autres aliénés dangereux qui, n'ayant eu jusqu'alors aucun contact avec la justice, doivent être cependant malgré cela mis à un moment donné à sa disposition.

Pourquoi grouper les aliénés dangereux, les aliénés vicieux, les aliénés dépravés dans un même paragraphe ? Sont-ce des aliénés vicieux, dépravés d'un genre nouveau, n'ayant, eux non plus, point mérité l'appellation d'aliénés criminels ou de criminels aliénés ? Quels sont-ils ?

Les différentes autorités qui ont examiné les faces de la question des aliénés criminels tendent à placer sous la surveillance de l'autorité judiciaire ceux des aliénés qui, ayant ou non exécuté des tentatives criminelles, délictueuses, agressives ont, à raison de leur conduite, de leurs actes, soit au dehors, soit à l'intérieur des établissements psychiatriques ordinaires, été un élément de perturbation. Afin d'éviter qu'un jour ou l'autre ils ne commettent un acte grave on les soumet au régime que nous avons décrit.

G. Ch. Bucknill parle des aliénés à instincts dangereux et à caractère dépravé (1851) ainsi que des internés par ordre et reconnus dangereux. J. Falret et Morel (1868-1869) signalent les raisonnants périodiques impulsifs. Brierre de Boismont (1868-1869) stigmatise les aliénés à mauvais instincts, corrigibles, les vagabonds souvent imbéciles et, par contraste, les aliénés à instincts pervers, à tendances incorrigibles.

Billod (1882) se défie des aliénés dangereux à tendances restées sans effet. La Commission extra-parlementaire étend ses décisions aux aliénés ayant effectué un acte qualifié crime dans l'asile ordinaire où ils sont placés. L'Académie de Médecine de Belgique emploie le terme d'aliénés dangereux, généralement criminels, condamnés ou non. Marandon de Montyel (1891) n'hésite pas à recommander à l'attention du législateur tous les

aliénés porteurs de signes physiques et psychiques de régression qui trahissent l'aliéné dangereux apte à être criminel.

Pour P. Nœcke (1892) ce sont les aliénés vicieux et indisciplinés.

De Boeck et Otlet (1892) réclament des mesures exceptionnelles contre tous les aliénés qui ont tenté de commettre un acte qualifié crime ou délit à l'asile ou au dehors. Avec Charpentier, Marandon de Montyel, P. Garnier (1890-92-93) il faut particulièrement surveiller les fous moraux, instinctifs, vicieux, plus ou moins alcooliques, à séquestrations multiples, qui sont atteints de folies du caractère. Motet et P. Garnier (1895-96) s'attachent à tout délinquant à responsabilité atténuée que généralement, malgré le rapport médico-légal, l'autorité se refuse à reconnaître non coupable, qui va de la prison à l'asile et de l'asile à la prison, demi-fou qui est la plaie des asiles. A. Regnard, Henri Colin[1], G. Ballet, Legrain, Alombert-Coget, Sérieux, Ch. Vallon répètent les qualifications d'aliénés pervers, instinctifs, *amoraux,* malfaisants, vicieux, alcooliques invétérés qui, perturbateurs, voisins du criminel-né par leur violence et leur brutalité, comploteurs, fauteurs de désordres, sont dangereux pour les asiles communs ; ils y joignent les inculpés dangereux fréquemment simulateurs qui sont en observation. Antonini, à l'exemple de Marandon, prétend qu'il suffit qu'un aliéné irréprochable présente les signes de criminel-né, pour qu'on ait à son égard toute défiance (1901).

Tels sont les types nuisibles, violents et brutaux ou malades

1. — Dans son tout récent travail intitulé : *Les Aliénés difficiles (aliénés vicieux)*, M. Colin envisage les vicieux, qu'ils aient ou non commis crimes et délits, qui sont simplement insupportables dans les services ordinaires. « Il s'agit, dit-il, d'une part, de ces déséquilibrés (épileptiques, hystériques, et certaines catégories de fous moraux), si nombreux dans les grandes villes qui, par leur indiscipline, leurs mauvaises habitudes, leurs tendances à la révolte, leurs penchants agressifs, sont la terreur du personnel et des malades tranquilles ; il s'agit, d'autre part, de certains parasites récidivistes et exploiteurs des asiles, comme les appelle si justement Legrain dans son Rapport sur le service des aliénés de 1897, des fous qui s'adonnent habituellement à l'ivrognerie et qui cherchent dans un accès d'alcoolisme antérieur l'excuse à toute une série d'actes délictueux ou le moyen d'échapper aux difficultés d'existence créées par la misère ou la rigueur de la saison. » Il s'agit aussi « des prostituées, de certaines héréditaires à tendances éminemment vicieuses, profondément perverties qui, du fait de leurs mœurs et de leurs excès de langage intentionnels, sont une gêne permanente pour les autres malades ». (*Revue de Psychiatrie,* Mars 1904.)

reconnus très dangereux[1] que F. Dubief remet encore à l'autorité judiciaire sous le titre d'aliénés dangereux susceptibles d'attentats, par mesure de prévoyance. Cependant il se limite à ceux des aliénés qui dans les asiles ordinaires ont commis un acte qualifié crime ou délit.

C'est à l'art. 40 de la section III qu'il en est question en ces termes :

Les aliénés qui, placés dans un asile ordinaire, y auraient commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes pourront être placés à l'asile spécial par arrêté du Ministre de l'Intérieur, comme les condamnés reconnus aliénés après expiration de leur peine et qualifiés dangereux.

Mais ils seront immédiatement renvoyés devant le *Tribunal* en *Chambre du Conseil* qui statuera dans les formes prévues à l'art. 37 sur leur maintien à l'asile ordinaire ou au quartier de sûreté. Les formalités de sortie s'opéreraient comme pour les aliénés criminels quelconques.

Alombert-Coget (1902) demande que pour envoyer à l'asile de sûreté les malades dangereux des asiles ordinaires il faille la sélection du médecin traitant, la requête de ce médecin responsable au Président du Tribunal Civil, une enquête et une expertise.

Mais, de même que dans le projet Dubief, à partir de l'instant où cette demande est accordée, l'aliéné dangereux, instinctif, pervers, dépravé, amoral tombe sous le coup de la législation judicaire des aliénés criminels.

*
* *

Nous nous expliquons parfaitement que le pêle-mêle actuel des asiles d'aliénés offre de grands inconvénients. Ces inconvénients, qui seront l'objet des développements ultérieurs, exigent certainement des réformes. Ces réformes, qui n'auraient peut-être point besoin de l'intervention judiciaire, suffiraient à parer aux difficultés émanant de la nature de certains aliénés qu'on y interne. A quoi bon dès lors signaler à l'autorité de la justice les dangers inhérents à la déformation mentale des sujets dont il a

1. — Bourneville. Rapport à la Chambre sur le projet de loi voté par le Sénat.

été question ? Les agressions envisagées *suprà* sont monnaie courante dans un asile d'aliénés. Qu'on installe, comme l'a demandé M. Henri Colin, un quartier ou un petit asile spécial de réforme ou de traitement spécialisé, rien de mieux. Mais il faut se garder de s'engager inconsciemment dans la voie de la répression déguisée.

Je vois bien que Dubief et après lui Alombert-Coget s'efforcent d'atténuer, par l'intervention du Ministre de l'Intérieur, la rigueur du procédé. Mais cette atténuation est minime puisque tout individu signalé à la justice, qu'il soit maintenu à l'asile spécial dont il va être traité ou qu'il soit remis à l'asile ordinaire (art. 40 [1]), est toujours pour la sortie (art. 41) soumis au Tribunal en Chambre du Conseil. Et Alombert-Coget nous dit franchement qu'il faut confier en bloc à l'autorité judiciaire tous les aliénés criminels et la sortie de ces aliénés. Or, en faisant passer sous la juridiction de l'autorité judiciaire vos aliénés à tendances dangereuses vous les identifiez à ceux qui, avant leur entrée à l'asile, ont eu le malheur de commettre un crime ou un délit grave, alors que parmi eux il en est qui ne mériteraient certainement pas cette identification. Le médecin traitant à qui vous confiez la sélection et la requête au Président du Tribunal pourra éprouver des remords en songeant à la conséquence de son rapport. Vous pourrez m'objecter que cela n'en vaudra que mieux parce qu'alors il étudiera plus à fond son sujet et ne se laissera pas « entraîner par les surveillants ou les religieuses à se débarrasser des malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence » (Bourneville). Mais nous pouvons trouver un procédé plus médical, moins juridique. C'est celui de la division, du dédoublement des asiles, en nous inspirant des méthodes d'assistance ou d'installation à surveillance aussi complète que dans les quartiers d'agités.

Il est un argument qui mérite enfin d'être examiné. Il n'est pas rare, a-t-on dit, que ces êtres nocifs par excellence soient réclamés et que la demande de sortie soit appuyée par des personnalités influentes. Il importe donc d'être armé contre eux.

1. — Le dernier alinéa dispose ainsi : « Tout aliéné traité dans l'asile spécial ou dans les asiles spéciaux de sûreté peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant. »

Mais est-ce que vous n'avez pas, de par l'article 29 de la loi de 1838, la possibilité de l'examen du Tribunal Civil en Chambre du Conseil? Servez-vous-en dans les limites de la loi. Appliquez toute la loi.

C'est ce que nous avons fait nous-mêmes. Et jamais nous n'avons eu à nous en repentir.

## II. — DISPOSITIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES

On propose d'éliminer des asiles ordinaires les aliénés criminels, criminels aliénés, aliénés dangereux, vicieux, dépravés en copiant les pratiques anglaises en partie imitées, d'ailleurs, par l'Amérique, l'Italie, l'Allemagne.

Les voies, moyens et procédés seront l'objet de cette section.

### *A)* Aliénés criminels.

Le débat pivote autour des deux interrogations suivantes :

Faut-il conserver dans l'asile ordinaire l'aliéné criminel ?

Faut-il créer pour lui un asile spécial ou un quartier spécial ?

Dès le début, les auteurs sont embarrassés par la qualité de l'aliéné criminel à séparer des autres aliénés. On s'aperçoit presque tout de suite que les fous criminels ne sont pas tous dangereux et qu'il existe des aliénés délinquants ou non plus dangereux que les aliénés criminels. La notion de la délinquance cède aussi le pas à celle de la nocivité.

Nous voyons, par exemple, Brierre de Boismont, en 1846, demander des établissements spéciaux pour fous vagabonds et criminels, pervers et simulateurs ; il base la durée de leur séquestration sur celle de la peine qu'ils encourraient s'ils étaient responsables ; il proclame que les fous criminels sont dangereux, qu'ils troublent la tranquillité des autres malades et diminuent ainsi le no-restraint des asiles, qu'ils s'évadent, que leur mélange avec les aliénés est immoral. Mais en 1868 c'est un quartier particulier annexé aux asiles dont il réclame la création pour les aliénés à mauvais instincts, corrigibles et vagabonds, tandis qu'il lui faut un asile central spécial pour les aliénés homicides, incendiaires, voleurs, coupables d'attentats aux

mœurs, à tendances nuisibles persistantes, pour les persécutés meurtriers sujets à récidives, pour les malades à crimes étranges, pour les aliénés meurtriers raisonnants, pour les criminels simulateurs, pour les aliénés à instincts pervers, pour les aliénés meurtriers fanatiques. Brierre a suivi le mouvement qui s'est opéré en Angleterre ; il profite de l'expérience qu'on y a faite des asiles et quartiers spéciaux (Mémoires de Wood, Bucknill, Hood). Aussi J. Falret a-t-il beau jeu pour lui répondre que les Anglais n'envoient guère dans les asiles spéciaux que les aliénés dont les crimes ont eu un grand retentissement. Falret repousse absolument les asiles spéciaux qui, à raison de l'accumulation de semblables personnalités, n'offriraient pas de conditions supérieures de sécurité à celles de l'asile ordinaire contre l'évasion ; la rigueur ne sert de rien et le mélange de ces aliénés criminels avec les aliénés ordinaires ne blesse pas le moins du monde ni la susceptibilité des familles ni celle des autres malades, sinon ce serait un préjugé à combattre. « Ne faites donc pas, dit-il, d'asiles complets distincts ; annexez à quelques maisons centrales de petits quartiers d'aliénés criminels exceptionnellement dangereux ou à crimes monstrueux qui ont pu avoir un grand retentissement. Ne faites pas non plus des sections spéciales dans les asiles. » A. Voisin admet, au contraire, des quartiers distincts attenant aux asiles.

Et, ma foi, depuis cette époque, la physionomie du problème n'a pas beaucoup varié.

Nous trouvons chez Cappelli (1872) la recommandation de faire des manicomes spéciaux pour aliénés délinquants quelconques, excepté quand ils sont devenus tranquilles et inoffensifs, tandis que Gatsch (1873) les veut voir maintenus dans les asiles ordinaires. Lunier (1878), Proust (1880) proposent de créer soit des asiles spéciaux pour les aliénés criminels soit des quartiers spéciaux près les asiles d'aliénés. Christian, au contraire, est d'avis (1882) que, tous les aliénés ayant la virtualité criminelle, doivent, quels qu'ils soient, trouver place dans nos asiles ; seulement on doit enfermer l'aliéné criminel jusqu'à la fin de ses jours.

Si Motet (1882) insiste sur l'encombrement des asiles, sur la faculté qu'ont tous les pensionnaires d'en sortir, sur l'insuffisance des renseignements relatifs aux aliénés criminels, sur les

rechutes graves possibles, et partant, la nécessité d'un asile spécial d'État seul susceptible d'assurer l'internement perpétuel, la Commission de la Société médico-psychologique assigne l'asile d'aliénés ordinaire aux aliénés criminels ayant bénéficié d'un non-lieu ou devenus aliénés au cours du procès. Pas le moins du monde, répondent Billod, Lunier, Motet ; il leur faut un asile spécial. Et Dagonet de s'élever contre les Bastilles !

Mais Dagonet a prononcé un mot qui va faire fortune. « C'est au médecin, a-t-il dit, qu'il appartient de faire un choix. » Et cette *sélection* est approuvée par Foville. Inutilement C. Allaman (1891), s'appuyant sur la rechute probable de l'aliéné homicide, le murera dans l'asile spécial ; inutilement Motet (1895) renouvellera-t-il son vœu de l'asile spécial appliqué à tout délinquant irresponsable. G. Ballet (1895) envisage les criminels proprement dits (persécutés du type Falret, imbéciles, pervers) qui méritent l'internement perpétuel, mais à l'asile ordinaire ; quant aux délinquants persécutés — persécuteurs, maniaques raisonnants, obsédés et impulsifs, épileptiques, aliénés intermittents, aliénés transitoires, déments ou psychopathes aboutissant à la démence, ce sera affaire d'espèces à observer qui incombent cependant encore à l'asile ordinaire muni de ses moyens de surveillance. C'est pour les délinquants aliénés dangereux qu'il faut un asile intermédiaire à la prison et à l'asile d'aliénés. Bourneville a, entre-temps, pensé que les aliénés devenus criminels devaient être laissés dans les asiles ordinaires, d'autant que la préoccupation de l'aliéné dangereux quelconque tend à prédominer.

P. Garnier (1896). Les aliénés criminels suspects de rechute doivent être séquestrés dans des asiles spéciaux pour aliénés criminels. Aliénés dangereux quelconques et aliénés criminels suspects de rechute ; cela signifie que c'est au médecin qu'il appartient de choisir. C'est ce que formule nettement Taty en 1899 ; il substitue avec Garnier au terme d'asile-prison celui d'*asile de sûreté ;* on y colloquera, après avis médical motivé, l'aliéné à tendances criminelles lorsque l'asile ordinaire sera reconnu insuffisant. L'asile de sûreté recevra les délirants sujets à caution, les alcooliques récidivistes. (P. Garnier, 1897.) Motet et Ch. Constant insistent pour qu'on y place tout individu relaxé ou acquitté, afin d'en débarrasser la Société. Henri Colin (1897) spécifie les persécutés homicidants récidivistes, les per-

sécutés-persécuteurs. De Buschère, Leredu et Motet généralisent ; c'est l'aliéné criminel ou délictueux (1897).

On n'est cependant pas bien d'accord sur la nécessité d'un asile spécial ou sur celle du quartier spécial. (Ch. Constant, F. Dubief.)

Quand Ramadier et Fenayrou étudient, en 1898, leurs aliénés criminels, sage précaution départementale par laquelle on eût dû débuter, ils distinguent l'aliéné criminel d'occasion qui relève de l'asile ordinaire et l'aliéné criminel d'habitude pour lequel il faudrait un asile spécial d'État. Cet aliéné criminel d'habitude, c'est le dégénéré instinctif ou fou moral (alcoolique, impulsif, imbécile), c'est le mystique halluciné, c'est parfois un épileptique, ce sont certains persécutés. Mais à Rodez, sur 96 aliénés criminels des deux sexes, chiffre fort, puisque l'asile contient 406 malades, il n'y en a que le quart, soit 24, qui soient des criminels d'habitude. Il conviendrait cependant, d'après ces auteurs, de donner aux juges l'assurance que les irresponsables ou les individus à responsabilité atténuée seront étroitement séquestrés et mis hors d'état de nuire ; alors aussi le nombre des criminels d'habitude internés augmentera, car on n'hésitera pas au Tribunal à admettre comme aliénés certains anormaux dangereux.

Serrons de près maintenant les rédactions qui ont l'apparence d'une complexion définitive.

Dubief, dans son projet de loi (section III), exprime clairement son opinion :

Art. 39. — L'État fera construire ou approprier un ou plusieurs asiles ou quartiers de sûreté pour les aliénés dits criminels des deux sexes où ils seront conduits et retenus par les soins du Ministre de l'Intérieur les aliénés dont l'internement aura été décidé en Chambre du Conseil (art. 37). Ces aliénés sont : tout inculpé irresponsable par suite de son état mental et objet de non-lieu ; tout prévenu poursuivi correctionnellement et acquitté comme irresponsable par suite de son état mental ; tout accusé devant le Conseil de guerre et acquitté dans les mêmes conditions et pour le même motif ; tout accusé devant la Cour d'assises acquitté, par suite de son état mental, comme irresponsable, par le jury.

Ils y seront séquestrés comme il a été mentionné au paragraphe des dispositions judiciaires. Leur maintenue et leur sortie seront soumises aux obligations de l'article 41, déjà transcrit.

Le désencombrement de cet asile ou quartier spécial aura lieu en vertu de l'article 40, également reproduit, qui dispose que :

Tout aliéné traité dans l'asile spécial ou dans les asiles spéciaux peut être transféré dans l'asile de son département, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant.

Ce projet de loi tardant à devenir effectif, A. Régnard (1901) qui, du reste, est d'avis que la loi de 1838 ne doit être modifiée que dans certains détails de moindre importance, songe à éliminer des asiles ordinaires tous les délinquants. Mais il se voit sur les bras 2.400 aliénés de ce genre. D'où la nécessité de créer cinq asiles d'État de 500 malades. Il modifie ses décisions primitives et s'en tient à la création de trois asiles spéciaux d'État de 500 malades. Il croit, dès lors, qu'il suffirait d'y diriger les aliénés coupables de meurtres, incendies, attentats, violences, ou les criminels devenus aliénés en cours de peine. L'autorité du Ministre de l'Intérieur lui suffit. La magistrature devient inutile. Dans ces asiles ils ne pourront être internés, sauf les condamnés, qu'à la suite d'une expertise médico-légale, entourée de toutes les garanties désirables. Les sorties auront lieu après expertise médico-légale. P. Sérieux (1903) souscrit à ces propositions.

Alombert-Coget (1902) reprend les motifs déjà bien anciens, savoir : L'autorité administrative à laquelle est, d'après la loi de 1838, remis le malade criminel, le traite simplement comme aliéné. La Société n'est pas protégée car il peut sortir et s'évader. Cette sortie et cette évasion sont d'autant plus faciles que les asiles fourmillent maintenant d'irresponsables divers ; alors que la criminalité d'origine alcoolique augmente, ces établissements encombrés d'ailleurs tendent de plus en plus à devenir des hôpitaux ouverts. Ce sont les motifs pour lesquels, comme nous l'avons exposé, il substitue l'autorité judiciaire à l'autorité administrative. Il complète cette substitution par l'assistance spéciale, mais avec une atténuation renforcée du système Régnard. Il n'y a pas lieu, d'après lui, de classer les aliénés criminels autrement que par l'étude du passé de l'individu, du milieu social où il a vécu, de l'affection mentale, de l'hérédité. Toute autre tentative a été infructueuse.

Cette étude permet d'y distinguer des *dégénérés instinctifs ;*

ce sont les fous moraux ou dégénérés pervers (P. Garnier, G. Ballet, Magnan) ou folies du caractère (Charpentier) ; quelques imbéciles, faibles d'esprit, alcooliques, épileptiques, vicieux et malfaisants ; les persécutés vrais qui recherchent l'occasion d'agir. Les autres sont ou des aliénés hallucinés (quelques alcooliques, épileptiques, persécutés ou obsédés luttant contre leurs idées délirantes), ou des aliénés criminels accidentels (maniaques, exaltés, déments, puérils, paralytiques généraux).

Faites donc une *sélection* et n'envoyez à l'*asile de sûreté* nécessaire (type Garnier, G. Ballet, Magnan, Dubief), que les *criminels ou délinquants déformés du cerveau* (héréditaires dégénérés, etc.) à obsessions et impulsions d'un caractère nocif, chez lesquels l'acte délictueux résulte de la nature criminelle de leurs tendances perverses, et non d'un manque de surveillance.

Alors *un seul asile suffira*. Ce sera *un asile d'État*. L'uniformité des principes d'observation et de surveillance en rendra l'utilisation plus pratique que ne l'eût permis un quartier spécial annexé à un asile d'aliénés ; elle permettra également qu'on y dispense tout le confort de l'asile de Perth (Rapport de Toulouse), qu'on applique tout le no-restraint voulu (Rapport d'A. Régnard). Ce ne sera point un asile-prison, encore moins un asile-bagne. Il devra relever de l'*Assistance publique*, non des services pénitentiaires.

Ch. Vallon (1903) dit à son tour :

« Les aliénés dits criminels doivent-ils être internés dans les asiles ordinaires ou bien dans des établissements spéciaux comme en Angleterre et aux États-Unis ?

» Le mélange des aliénés qui ont commis un acte réputé délit et surtout crime aux autres aliénés n'est pas sans présenter quelques inconvénients. Il peut donner à ces derniers une impression pénible et servir d'exemple dangereux en leur montrant l'impunité de celui qui vient partager leur existence. Les aliénés criminels peuvent être un objet de trouble dans les asiles ordinaires.

» Nous médecins poursuivons le but de rapprocher le plus possible l'asile d'aliénés de l'hôpital ordinaire ; or, pour y réussir, une des premières conditions est d'éloigner de cet asile tous les individus qui, en raison des dangers qu'ils font courir, doivent

être soumis à une surveillance rigoureuse et placés dans des locaux dont ils ne puissent s'évader.

» Nous sommes donc partisan de *la création* d'un asile spécial, d'un *asile de sûreté*, où seraient placés tous les aliénés ayant ou non commis un crime mais particulièrement dangereux.

» Par contre nous sommes opposé à l'envoi systématique dans cet asile spécial de tous les aliénés dits criminels indistinctement quelle que soit la nature des crimes commis par eux et quelle que soit la variété d'aliénation mentale dont ils sont atteints. Il serait évidemment abusif d'y placer un paralytique général parce qu'il a volé quelques objets à l'étalage alors qu'il ne constitue aucun danger pour les autres aliénés. »

Comme jadis Falret et Dagonet, Maurice Olivier (1903) se fait le champion du *statu quo*. Il n'y a pas pour lui d'aliéné criminel puisqu'il n'y a pas de libre arbitre, pas de responsabilité. C'est important à dire parce que cette expression entraîne l'idée d'asile-bagne. L'acte criminel est le moyen variable selon les lieux et les temps *par lequel s'exprime le trouble mental*. Les aliénés criminels, loin d'être plus dangereux, plus perturbateurs, plus évadeurs que les autres, se sont, au contraire, montrés tranquilles, obéissants, travailleurs. Certains ont été plus calmes que les aliénés ordinaires, ou indifférents quelconques, comme si leur acte criminel avait réalisé jadis le paroxysme de leur affection. Quelques-uns ont été aimables, accueillants. En tout cas ni leurs allures, ni leurs propos ne leur impriment de signes distinctifs. Jamais personne ne s'est plaint de ce que leur présence à l'asile blessât les sentiments les plus honorables des familles et des aliénés eux-mêmes. En tout cas, si cela se produisait, « encourager les préjugés publics en leur accordant une valeur quelconque c'est, comme l'a exprimé Falret, revenir en arrière à l'époque où l'on ne voulait jamais voir un malade dans un criminel dont les actions monstrueuses excitaient l'indignation publique au lieu de provoquer la compassion et une pitié affectueuse ». Il n'y a donc aucune raison pratique, théorique, morale, légale de modifier le régime des aliénés réputés criminels. Le système actuel présente des économies sérieuses sur celui qu'on voudrait lui substituer.

Loin d'interner dans un asile-prison les aliénés réputés crimi-

nels, c'est à ouvrir davantage les portes des asiles ordinaires qu'on doit tendre. Ils ont besoin de sentir peser sur eux non l'autorité étroite du geôlier, mais la surveillance douce, pacifique et réconfortante du médecin.

Bourneville[1] de son côté avait écrit :

« Nous ne voyons pas de raison sérieuse pour séparer les aliénés dits criminels des aliénés ordinaires ; ce sont des malades qui, sous l'influence de leur délire, ont commis des actes pour lesquels ils ont été reconnus irresponsables. Ils ont droit par conséquent d'être traités comme les autres malades, c'est-à-dire internés dans les asiles de leur département.

» Les placer dans des asiles nationaux serait les éloigner de leur famille et aggraver leur situation d'une manière imméritée.

» Leur nombre est d'ailleurs très restreint... Du reste les partisans de cette création semblent l'avoir compris, car ils demandent *que ces asiles soient en même temps affectés aux aliénés reconnus très dangereux.* »

Et en effet l'interpolation que nous avons faite des travaux envisagés montre, de concert avec l'étude des dispositions judiciaires, que la question a dévié.

G. Ballet imprime lui aussi : « Nous ne pensons pas que les aliénés criminels soient plus difficiles à surveiller que les maniaques, les alcooliques, les persécutés et même certains mélancoliques... Il ne nous semble y avoir aucune raison sérieuse, ni d'ordre moral, ni d'ordre matériel, pour créer à l'usage de ceux-ci un ou plusieurs établissements spéciaux. » G. Ballet a néanmoins la restriction relative aux *délinquants fous moraux, voisins du criminel-né ;* sujets à antécédents héréditaires et personnels, à facultés déséquilibrées, atteints de débilité mentale, porteurs de tares physiques et d'une hérédité très chargée, ils sont plutôt coupables d'incorrections et de vols que de crimes contre les personnes ; ils sèment, en revanche, le désordre partout. M. Ballet préconise les maisons spéciales intermédiaires à la prison et à l'asile. Bourneville voudrait le perfectionnement des quartiers cellulaires de l'asile.

***

1. — Rapport sur le projet de loi voté par le Sénat.

Si nous voulons répondre, d'après ces travaux, aux deux questions que nous nous sommes posées, nous arrivons aux conclusions suivantes : Les auteurs les plus qualifiés sont obligés d'avouer qu'il faut distinguer entre les aliénés criminels. Il n'y en a qu'un petit nombre qui soient dangereux et qu'il soit opportun d'enlever de l'asile des aliénés. Ce ne sont pas les plus criminels. Ce sont surtout les plus dégénérés, dans le sens de l'abolition du sens moral avec tendances agressives perturbatrices. Pour ceux-là l'asile spécial est supérieur, dit-on, au quartier spécial, d'abord parce que la sûreté de Bicêtre n'a pas donné de bons résultats, puis parce que le groupement de ces aliénés dans un asile indépendant en favorisera le traitement humain. Toutefois Alombert-Coget recommande instamment de sérieusement examiner le malade avant de se décider; quoiqu'en effet l'asile spécial de sûreté ne doive être ni une prison ni une maison dont le séjour y implique une sorte de déshonneur, il sera tenu en suspicion par le public, de sorte que si l'on y envoyait un malade d'un asile ordinaire, la famille en ressentirait forcément le contre-coup. Cette recommandation constitue tout juste l'inverse d'une des raisons alléguées par certains qui ne veulent pas de la promiscuité des aliénés criminels avec les autres aliénés parce qu'elle serait pour ces derniers une espèce de déshonneur.

Aussi Bourneville paraît-il avoir raison en demandant, pour les malades en question, l'organisation dans l'asile ordinaire d'un quartier de surveillance continue moderne, une sûreté de Bicêtre perfectionnée. (Charpentier, 1895.)

Cette pratique plus conforme à la dissémination des aliénés criminels, peut-être bien plus maniables par fractions qu'en cohortes, donnerait toute latitude aux exigences locales, car il faut également tenir compte des nécessités régionales, sans doute différentes. Voyez les avis variés de directeurs-médecins également compétents, ceux notamment de Ramadier et de Doutrebente. Le premier signale une criminalité très forte et, malgré cela, il ne voit qu'un petit nombre d'aliénés criminels exigeant des mesures particulières. Le second n'a jamais eu besoin que d'une surveillance affectueuse.

A moins qu'on ne veuille appliquer à tous les aliénés criminels, parce que criminels, des mesures draconiennes, il serait

peut-être sage de ne pas trop se hâter. A Armentières, nous ne nous étions point aperçu que nous eussions une trentaine d'aliénés criminels ou criminels aliénés. Il a fallu les concours de médecins-adjoints qui avaient lieu à l'asile et pour lesquels on demandait un examen médico-légal pour que nous recherchions ce genre de malades. Ils ne nous ont jamais causé d'embarras à aucun point de vue. Les plus criminels, au sens juridique, étaient ceux qui rendaient les plus grands services et qui jouissaient de la plus grande liberté. Puisque du reste A. Régnard penche pour le maintien de la loi de 1838, rien n'empêche qu'on essaie, à l'aide de cette loi, l'assistance spéciale des aliénés criminels là où le besoin s'en fera sentir. Que dis-je ? Son rapport a été en partie couronné de succès et nous avons un asile des aliénés criminels. En effet, le 24 décembre 1901, la Chambre, considérant que tous les aliénés criminels ou non sont des malades et relèvent de l'asile, non de la prison, décide la désaffectation de l'infirmerie pénitentiaire de Gaillon, et invite le Gouvernement à étudier un projet de construction à Gaillon ou ailleurs d'un double asile de sûreté... Sur la proposition de M. Delbet, elle invite le Gouvernement à désaffecter la Maison Centrale de Gaillon qui prend le nom d'asile central des aliénés criminels. Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'organisation d'un service médical et d'un service de surveillance en rapport avec cette destination nouvelle. Nous verrons plus loin ce qu'est actuellement devenu Gaillon. De toute façon il pourrait servir de moyen d'étude pratique. (Voyez Charpentier, 1895.)

Nous conseillerions donc non pas le *statu quo* intenable dans les départements où l'asile encombré regorge d'aliénés criminels ou délinquants difficiles et par conséquent nuisibles à eux-mêmes autant qu'aux autres aliénés, mais bien une judicieuse organisation qui sache tenir compte des indications, puisque le caractère des aliénés criminels n'est pas plus uniforme que celui des aliénés ordinaires. Cette organisation devrait prendre en considération les particularités individuelles propres au terroir. C'est un devoir d'assistance simple. Il sera toujours temps de faire appel à l'arsenal des moyens judiciaires et des procédés d'ordre pénitentiaire.

### *B)* Criminels aliénés.

Nous espérons avoir dans les pages précédentes dégagé la situation particulière du criminel aliéné. Nous avons émis l'opinion que si on l'avait confondu avec l'aliéné criminel c'est que l'on avait condamné à tort bien des aliénés criminels. Nous n'ignorons cependant pas ce que Henri Colin, qui a concouru à la démonstration de cette idée et qui a une grande expérience de ces malades, en a dit[1]. Après avoir reconnu qu'il est un quart des aliénés criminels qui étaient déjà aliénés quand ils ont été condamnés soit que les experts n'avaient pas réussi à convaincre les juges, soit que ces experts n'avaient pas même été consultés, il n'en maintient pas moins que, le régime de la prison n'entrant pas en ligne de compte dans l'état psychopathique, ce sont des prédisposés à l'aliénation mentale, et que, dans la pratique, ils s'identifient aux aliénés criminels. En admettant qu'il en soit ainsi, il nous paraît néanmoins certain que lorsque l'expertise aura soigneusement filtré les uns des autres, les criminels devenus aliénés seront bien plus des criminels que des aliénés et que leur existence délictueuse, quand elle aura précédé de longtemps l'explosion de leur maladie mentale, en fera des personnalités à éliminer des asiles d'aliénés ordinaires.

Nous comprenons très bien que tous les auteurs, à une infime exception près, aient le désir, dans l'intérêt matériel et moral des autres malades, d'en effectuer la séparation. Supposons au besoin que le criminel ou délinquant par excellence, d'après la théorie de Lombroso ou d'après des théories voisines, ne soit qu'un dégénéré; supposons que le crime ne soit qu'une maladie mentale, on éprouve quelque répugnance scientifique à traiter cette maladie-là mentale dans les mêmes établissements que l'aliénation mentale commune. Quand Christian, en 1891, confondait l'aliéné criminel avec le criminel aliéné, qu'il voulait tous deux maintenir à l'asile ordinaire, il n'avait pas évidemment en vue le criminel essentiel devenu aliéné bien après son crime. C'est ainsi que nous apprécions aussi l'avis d'Aschaffenburg (1902). En revanche Taty (1899) a raison de réintégrer à l'asile normal tout prévenu condamné à tort.

1. — Société générale des Prisons, 1897.

Nous reconnaissons malgré cela bien volontiers que la précision du diagnostic entre le criminel, le criminel aliéné, l'aliéné criminel est loin d'être toujours réalisable. Il doit y avoir, comme l'a écrit M. Pailhas, des cas hybrides[1]. Mais il y a, à coup sûr, des criminels d'habitude chez lesquels l'aliénation mentale doit être tenue pour subordonnée à la criminalité. Ces criminels-là condamnés à juste titre ne doivent pas, tant à cause de la tache morale que des habitudes qu'ils apportent des milieux dans lesquels ils ont vécu, être traités avec les aliénés.

Où doivent-ils être internés ?

La bibliographie nous montre trois séries de manières de voir : 1° celle de ceux qui veulent un seul asile spécial d'État, commun aux criminels aliénés et aux aliénés criminels ; 2° celle des auteurs qui demandent un asile spécial pour les criminels ou condamnés aliénés ; 3° ceux qui préfèrent des quartiers spéciaux annexés à la prison ou à la maison de détention.

1° Les observateurs qui veulent un asile commun aux criminels aliénés et aux aliénés criminels, ce sont, par exemple : Wood (1851-1852), Motet (1882), Billod, Lunier, Motet (1882), l'Académie de Médecine de Belgique (1889), P. Garnier, Pactet, H. Monod (1892-1894), Leredu, de Buschère, Motet (1897), Henri Colin (1897), A. Régnard (1901), Antonini (1901), F. Dubief (1896-1897).

Beaucoup d'entre eux adoptent cette décision en se basant sur le grand nombre des aliénés méconnus et condamnés qui, par suite, ne sont pour eux que des aliénés criminels, ou sur l'identité au point de vue mental de ces deux sortes d'aliénés.

Mais il en est comme Wood, F. Dubief, Leredu, de Buschère et Motet, qui parlent d'un *quartier spécial* dans l'asile spécial afin de ne pas mélanger le criminel qui, en somme, a subi une tache, à l'aliéné qui reste malgré son crime un honnête homme, et aussi pour assurer une surveillance plus rigoureuse aux criminels, familiarisés avec tous les subterfuges de la vie pénitentiaire.

Wood dit notamment : « Les aliénés criminels et criminels aliénés seront placés dans l'asile d'État, mais il y aura une sec-

1. — Dégénérescence hybride de criminalité et de folie non délirante. *Archives d'anthropologie criminelle*, t. II. Nouvelle série.

tion des *convicts* ou criminels devenus aliénés en cours de peine et exigeant une surveillance plus rigoureuse mais humaine. » Marandon de Montyel et Antonini (1891-1901) mentionnent indistinctement tous les aliénés à aptitude de criminalité, les aliénés quelconques présentant des signes de criminalité, du criminel-né.

F. Dubief (1897), ne veut pas dans l'Asile ou quartier spécial de sûreté de la promiscuité entre l'aliéné criminel et le criminel aliéné. Leredu, de Buschère et Motet prévoient même dans l'asile spécial d'État un quartier spécial où sera colloqué tout criminel à responsabilité atténuée.

A. Voisin qui veut des quartiers annexés à l'asile d'aliénés ordinaires y place aliénés criminels et criminels aliénés (1868-1869).

Pour A. Régnard (1901) : Les condamnés devenus aliénés dans la prison seront conduits à l'asile spécial d'État par ordre du Ministre de l'Intérieur. Ils n'en sortiront qu'après expertise médico-légale.

Dans le projet de loi Dubief (1896) nous lisons :

Art. 36. — Les condamnés de l'un et de l'autre sexe à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés, en cours de peine, et dont l'état d'aliénation mentale a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement, sont, après avis du médecin désigné par le Procureur de la République, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine, et dirigés dans les *asiles ou quartiers de sûreté*.

Les autres condamnés sont dirigés sur l'Asile du département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur.

Art. 40. — Pourront également y être conduits et retenus en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur les condamnés reconnus aliénés, reconnus après *expiration de leur peine* dangereux par le Ministre de l'Intérieur, soit quant à leur mise en liberté, soit quant à leur transfert dans un asile départemental.

Alombert-Coget écrit à son tour (1902) : Quand, par suite des réformes de l'Instruction (Cruppi) on aura éliminé les aliénés méconnus et condamnés, soit 35 à 40 °/₀, il n'y aura plus qu'un petit nombre de criminels aliénés. Ces criminels aliénés vrais devront être séparés des aliénés ordinaires, bien que leur dissémination dans les asiles serait moins coûteuse ; mais cette

pratique serait immorale et favorable à la simulation et la surveillance de ces malades gênerait l'asile ordinaire. Mettez-les donc dans un *quartier spécial* de l'asile de *sûreté* pour aliénés criminels.

Lorsque leur peine est expirée, ils deviennent des aliénés ordinaires ; envoyez-les dans les asiles. S'ils y sont reconnus nuisibles, ils deviennent des aliénés criminels et doivent être soumis aux conditions de ceux-ci ;

2° Les partisans d'un asile spécial pour criminels et condamnés aliénés sont surtout : Bourneville (1896), Rudin, Longard et Lenz (1901), Ch. Vallon (1903).

Bourneville considère le problème sous le même angle que nous. Les autres auteurs disent : le criminel qui devient aliéné est un prédisposé ; c'est principalement un débile, un paranoïque, souvent alcoolique, un fou moral, un imbécile processif qui, particulièrement dangereux, doivent être mis dans un asile spécial.

Ch. Vallon met en relief l'utilisation de Gaillon pour hommes et femmes ayant été condamnés que l'on devrait y maintenir sous la tutelle administrative et judiciaire même après expiration de leur peine ;

3° Au nombre des promoteurs d'asiles spéciaux annexés à la prison ou à la maison de détention nous comptons Hood (1854), Gatsch (1873), E. Proust (1880), P. Nœcke (1892-1901), G. Ballet (1895), Henri Colin (1897), M. Olivier (1903), P. Sérieux (1903).

Hood, Gatsch et Proust pensent qu'il est aussi naturel de traiter les criminels aliénés dans une annexe de prison ou de maison de détention que de soigner à l'infirmerie de ces établissements toute autre maladie ; il suffit de promulguer des règlements d'administration publique. P. Nœcke convient que l'annexe de la prison convient, car il n'existe pas de psychose de détention et le criminel aliéné est un dégénéré vicieux ou un aliéné criminel, très fréquemment un aliéné méconnu et condamné. P. Sérieux vise quatre quartiers spéciaux annexés aux établissements pénitentiaires près des villes Universitaires pour condamnés devenus aliénés en cours de peine. M. Olivier, pour lequel, nous l'avons dit, le criminel devenu aliéné pendant son emprisonnement est rare, d'autant qu'il n'est pas aisé de déterminer l'heure où a commencé l'affection mentale, avant ou après le crime, M. Olivier

conclut sur ce point : « Qu'on crée si l'on veut des quartiers spéciaux annexés aux prisons. »

Nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter que l'on demande à grands cris partout la visite des établissements pénitentiaires par des aliénistes, au besoin même l'adjonction à ces établissements de psychiatres, ce qui rassurerait les esprits inquiets de savoir ce que deviendront les criminels aliénés soumis à la collocation dont nous venons de parler. Henri Colin, Alombert-Coget et M. Olivier demandent encore que cette annexe de l'établissement pénitentiaire dispose d'un local spécial pour les *inculpés présumés aliénés et devenus simulateurs* qui exigent une observation méticuleuse. Faute de quoi on pourrait appliquer l'article 42 du projet de loi Dubief.

Si un inculpé est présumé aliéné, l'expertise contradictoire prescrite peut avoir lieu soit dans le quartier de l'asile d'observation ou de dépôt provisoire établi à l'hôpital ou à l'hospice (art. 29 du dit projet), soit dans un établ ssement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonctions d'asile public, si l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

*
* *

Les mesures médico-administratives de Dubief, d'Alombert-Coget, de Bourneville, de Ch. Vallon sont, à notre avis, tout-à-fait applicables.

N'oublions pas, en effet, que le condamné devenu aliéné relève exclusivement du service pénitentiaire ; la solution depuis A jusqu'à Z demeure donc tout entière entre les mains de l'Administration. Nous avons pleine confiance dans l'adaptation aux cas particuliers des mesures d'assistance.

Si Gaillon devient, comme la Chambre a l'air de le désirer, un asile d'essai à l'usage des aliénés criminels en général, on y pourra peut-être réserver un quartier de criminels aliénés, et un local d'inculpés en observation. Cette spécialisation faciliterait, sans nul doute, la tâche des aliénistes qui brûlent de voir disparaître le groupe des aliénés méconnus et condamnés à tort. Elle permettrait de poursuivre plus amplement l'étude des inconnues qui nous inquiètent sur la criminalité dans ses rapports avec l'aliénation mentale.

Si l'on n'adoptait pas plus tard la création des asiles de sûreté

pour aliénés criminels, on pourrait, avec Gaillon, réaliser celle d'un asile spécial de criminels aliénés qui méritent, avant tout, l'attention.

Nous préférerions un asile spécial de criminels aliénés à des annexes aux établissements pénitentiaires parce que l'assistance pourrait être plus médicale dans le premier que dans les autres.

### *C)* Aliénés dangereux, vicieux, dépravés.

Ce paragraphe complétant le § C des dispositions judiciaires on voudra bien excuser la fadeur des répétitions qu'il exige si nous réussissons à en tirer la clarté indispensable.

La motion d'interner dans un établissement spécial les aliénés à instincts dangereux et à caractères dépravés nous est fournie par le travail de J.-Ch. Bücknill (1851).

J. Falret et Morel (1868-1869), tout en ne trouvant pas de signe général de l'aliénation mentale dangereuse, reconnaissent la nécessité de surveiller particulièrement les raisonnants périodiques et impulsifs ; un acte homicide peut être la crise terminale de la folie et, par suite, l'aliéné en question n'est que temporairement dangereux; mais si un tel acte dangereux est en rapport avec une affection périodique on a affaire à un danger perpétuel. Seulement, tous les aliénés étant dangereux à la période d'évolution de leur psychose, il faudrait leur infliger à tous logiquement une mesure exceptionnelle. Or, dit Dagonet, si les malades qui ont commis un acte dangereux doivent être l'objet d'une observation minutieuse et prolongée, c'est affaire au médecin ; celui-ci ne doit point, quand il est convaincu que la guérison est complète, continuer la séquestration sous prétexte qu'il y a eu un acte regrettable de commis et que la Société doit être sauvegardée.

Brierre de Boismont distingue deux classes d'aliénés dangereux (1868-1869) : à des quartiers spéciaux annexés aux asiles, les aliénés à mauvais instincts corrigibles et les vagabonds souvent imbéciles ; à un asile central de criminels, les aliénés à instincts pervers, à tendances incorrigibles.

Billod précise davantage (1882) : L'asile ordinaire pour les aliénés à tendances restées sans effet (quartier de sûreté inté-

THE NEW YORK LIBRARY. ACADEMY OF MEDICINE

rieur). Un asile spécial d'aliénés criminels pour aliénés dangereux à tendances effectuées.

La Commission extra-parlementaire vise les aliénés dangereux qui ont effectué des crimes dans l'asile ordinaire où ils étaient séquestrés ; on les placera dans un asile spécial. L'Académie de Médecine de Belgique (1889) va plus loin : un asile unique pour tous les aliénés dangereux généralement criminels, condamnés ou non. Marandon de Montyel (1891), plus loin encore : à l'asile spécial tous les individus porteurs de signes psychiques et physiques de régression qui trahissent l'aliéné dangereux *apte à être criminel.* C'est aussi l'avis d'Antonini (1901) ; il suffit, pour lui, qu'un aliéné irréprochable présente les signes du criminel-né pour qu'il doive être mis dans l'asile central des aliénés criminels.

Chambard (1888) préconise des colonies d'aliénés dangereux. Coutagne (H.) et le professeur Joffroy (1891) désirent des colonies agricoles pour aliénés persécuteurs, au besoin en Nouvelle-Calédonie (Coutagne) ; une Commission médicale sera chargée de décider de leur sortie (P. Garnier) qui n'aura lieu que sous garantie (Th. Roussel).

P. Nœcke (1892) envoie aux annexes des prisons les aliénés vicieux et indisciplinés. De Bœch et P. Otlet (1892) séquestrent à part tous les aliénés qui ont tenté de commettre des actes qualifiés crimes ou délits à l'asile ordinaire ou au dehors.

Nous avons présenté (§ C. I.) les fous moraux, instinctifs, vicieux, plus ou moins alcooliques, à séquestrations multiples, désignés aussi sous la rubrique de folies du caractère. Charpentier ne les tient pas pour des aliénés ; il les envoie à la prison. P. Garnier les garde pour des asiles de redressement ; Marandon les affecte à des asiles spéciaux (1890, 1892, 1893). Charpentier, en 1895, répète que les fous moraux, à caractères vicieux, à séquestrations multiples, dits persécuteurs, raisonnants, ivrognes, mélancoliques, voire délinquants, sont des êtres responsables. Motet se confine aux délinquants à responsabilité atténuée qu'il réserve à l'asile spécial.

G. Ballet traite exclusivement des fous moraux délinquants, propres à être colloqués dans un asile-prison surtout convenable, dit Charpentier (1897), pour les aliénés qui ont commis un

religieuses à se débarrasser des malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence. »

C'est ce qu'ALOMBERT-COGET dit avec des ménagements, à la page 140 de sa thèse :

« Ces établissements spéciaux seraient uniquement réservés » aux aliénés criminels et, comme le demandait M. le Procureur » général Willemain[1], jamais aliéné qu'aucun crime ou aucun » délit n'a flétri n'y trouverait place, puisque nous avons vu » qu'il était impossible de définir l'aliéné dangereux et, par suite, » de trouver en dehors de l'acte un criterium solide. Aussi » repoussons-nous la proposition du Conseil supérieur de l'As- » sistance publique, dirigeant sur les asiles de l'État, c'est-à-dire » sur des établissements spéciaux, les individus qui, internés » dans les asiles départementaux, seraient signalés comme » spécialement dangereux par les médecins; non parce que » nous redouterions, comme on l'a prétendu, qu'on puisse se » débarrasser d'un adversaire gênant, en le faisant d'abord » interner dans un asile ordinaire, puis déclarer dangereux et » envoyer ensuite dans un *asile-bagne,* où on le laisserait » séjourner en cellule jusqu'à ce que la mort s'ensuive, mais » parce que rien ne prouve en somme que tel aliéné que l'on » considère comme dangereux passera à l'acte, parce qu'ensuite, » il est à craindre qu'une pareille latitude accordée aux méde- » cins, puisque c'est eux seuls qui seraient juges de l'utilité de » la mesure, soit toujours mal interprétée, puis parce qu'elle » laisserait la porte ouverte à l'arbitraire, et *parce qu'en outre* » *il se pourrait aussi que, s'exagérant les dangers que fait* » *courir la présence de certains malades, ou prêtant trop faci-* » *lement l'oreille aux plaintes de quelques gardiens, des méde-* » *cins puissent parvenir à faire entrer dans les établissements* » *spéciaux de pauvres insensés, coupables* seulement de *troubler* » *l'ordre de leur service, ce qui ne pourrait que créer un nouvel* » *épouvantail* pour les familles. »

S'il en est ainsi l'élimination des asiles ordinaires des aliénés dangereux, vicieux, dépravés, agressifs, perturbateurs qui avant leur internement n'avaient encouru aucune condamnation (car

1. — Discours sur les aliénés criminels. Société générale des prisons. *Bulletins,* décembre 1900.

c'est là en vérité l'objet qui est ici en litige), cette élimination est-elle légitime ?

Oui dans certains cas, dans certains établissements départementaux, auxquels on n'accorde malgré les réclamations justes des médecins, aucun perfectionnement.

Ce perfectionnement c'est la suppression de l'encombrement, la création de pavillons à surveillance particulière, au besoin le dédoublement de l'Asile.

Et si le projet de loi de réforme de la loi de 1838 dort depuis tant d'années, c'est qu'au fond les députés, qui sont fort bien renseignés sur les défauts et sur les vices de leurs établissements d'aliénés départementaux respectifs, sont partagés entre la crainte d'avoir à effectuer des dépenses rationnelles pour leurs asiles et le souci d'imposer à l'État un surcroît de charges qui pourrait bien ne pas atteindre le but matériel et moral qui s'impose.

En attendant, on interne dans un asile d'un même département tous les aliénés qui se présentent. On n'est arrêté ni par l'exiguité des locaux ni par l'impossibilité dans laquelle se trouve le médecin encombré d'effectuer le traitement individuel à l'aide d'une répartition opportune de ses malades.

Le mal est avant tout là.

Nous avons assisté à l'encombrement progressif de l'asile d'Armentières. Fort heureusement l'asile étant autonome, assez vaste, en bonne situation financière, nous avions l'espoir prochain d'arriver, par la construction de nouveaux quartiers, à en atténuer les effets. Nous n'avions pas encore eu la tristesse de déplorer d'accidents, ni d'incidents graves, de la part des aliénés dangereux, vicieux, dépravés. Mais nous comprenons fort bien qu'il s'en puisse produire et nous croyons en ce cas à l'efficacité des mesures de désencombrement en tant que moyens prophylactiques.

Il se peut que nous errions. Mais qui dira qu'il soit absurde de ne pas commencer par faire judicieusement face au traitement des aliénés de toutes catégories (Bourneville, Congrès de Nancy, août 1896), avant d'organiser une machine coûteuse ?

Les aliénés dangereux, vicieux, dépravés sont, à coup sûr, surexcités par le régime auquel on les soumet. Marandon de Montyel en a eu la preuve par la révolte de Ville-Evrard de

1890[1] ; depuis on a désencombré son service en créant le quartier spécial d'alcooliques, et rien ne s'est produit de pareil.

Nous avons de la répugnance à souscrire à la création d'un asile qui reçoive tous les *déchets moraux* des asiles d'aliénés ordinaires malgré les précautions qu'on nous propose. Cet asile sera, il est vrai, un asile d'État relevant de l'Assistance publique et très bien doté à tous les points de vue. Mais le malade qui y sera envoyé sera justiciable pour toujours des formalités complexes tenant plus de la procédure que de l'assistance. Or rien n'est plus suggestif que le cadre. Rien n'est plus défavorable au traitement des aliénés que la suppression ou le partage de la responsabilité.

Puisque l'on a reconnu que les grands criminels aliénés, foncièrement dangereux ou que les aliénés dangereux pervers, vicieux, à tendances criminelles sont en petit nombre, pourquoi s'orienter systématiquement vers ce projet? On est, au surplus, fort indécis. Le plan primitif, qui s'adressait à tant d'aliénés, a été abandonné alors qu'on en avait résolûment proclamé l'urgence. Aujourd'hui on veut, et l'on a raison, faire du choix, mûrement étudié, la règle.

Mais pourquoi ne pas tout de suite améliorer tous ceux de nos asiles qui sont des Capharnaüms inutilisables au point de vue du traitement, en suivant les indications en rapport avec les besoins départementaux correspondants? Agrandissez et subdivisez les quartiers ; les médecins, comme l'a recommandé Dagonet, feront la répartition opportune. Cela vaudra mieux peut-être que de réunir dans un même établissement tous les *amoraux,* délinquants, criminels ou non, plus ou moins délirants.

Cela ne veut pas dire qu'on n'appliquera pas aux aliénés dangereux les systèmes de liberté apparente, coloniaux divers (Chambard, Coutagne, Joffroy); au contraire, et dans des conditions plus favorables, en les noyant dans la population générale des aliénés, qu'en les groupant.

Au pis aller sera-t-on autorisé à essayer avec circonspection, sous le couvert de la loi de 1838, l'asile de Gaillon dans les

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1890.

mêmes limites que nous avons admises pour les aliénés criminels.

Ceci nous conduit à résumer les notes que nous avons obtenues de nos collègues tant sur Gaillon que sur les besoins des asiles de France.

### *D)* Renseignements complémentaires.

Plusieurs fois au cours de cette étude nous avons insisté sur les variétés d'application des mesures médico-administratives aux conditions différentes des divers endroits.

C'est pour cela que nous nous sommes informé de l'état actuel de l'infirmerie pénitentiaire et de la Maison Centrale de Gaillon désaffectées par décision de la Chambre des Députés de 1901, ainsi que de l'opinion de nos collègues en fonction dans les asiles publics de France.

#### 1. — Asile des Aliénés criminels de Gaillon.

Telle est ou doit être la nouvelle appellation de l'Infirmerie pénitentiaire de Gaillon jadis exclusivement consacrée aux condamnés aliénés.

M. le Dr Raoul Leroy, notre ami, qui en est le chef médical, a bien voulu nous envoyer un mémoire fort important.

Ce mémoire examine deux points principaux :

*a)* La situation actuelle de Gaillon ; *b)* ses applications possibles.

*a)* D'après le Règlement provisoire du 20 janvier 1902, Gaillon est dénommé *Asile spécial de condamnés aliénés et épileptiques.* C'est sa fonction présente. Il reçoit, comme en 1876, les condamnés aliénés et épileptiques des maisons centrales de France (dont la peine dépasse un an de prison). Les condamnés à moins d'un an font leur peine dans les prisons départementales et sont, s'ils deviennent aliénés, placés à l'asile du département correspondant. Les malades de Gaillon sont considérés comme en cours de peine, l'asile de Gaillon relevant jusqu'ici directement de l'Administration pénitentiaire (mars 1904). A l'expiration de leur peine ils rentrent dans le droit commun ; guéris, ils sont

remis en liberté après certificat médical ; sinon ils sont transférés à l'asile du département où ils ont leur domicile de secours.

De 1876 à 1901 on y a, en moyenne, traité 80 malades. Du premier semestre 1902 au 1er janvier 1904 on a, par semestre, hospitalisé 83, 80, 77, 81 aliénés. Au 1er janvier 1904 il y reste 63 malades. Le tableau statistique, d'une précision incomparable, dressé par M. Leroy, démontre qu'on a eu affaire à toutes les formes d'aliénation mentale.

Ces malades sont surtout des instables, impulsifs, dangereux, chez qui, quel que soit le degré de l'affaiblissement intellectuel ou démence, la violence est l'habitude. Les complots y sont légion, nécessitant l'isolement en cellule ; les éléments de désordre, les chicanes, les commérages et les haines y règnent en permanence. Ces sujets ont une aptitude étonnante à fabriquer des armes et des fausses clefs. En un mot, si l'aliéné criminel ressemble à l'aliéné ordinaire, le criminel aliéné ressemble surtout aux détenus des maisons centrales. Il est par conséquent impossible de placer ce dernier à l'asile ordinaire. A la prison ou dans la maison centrale où l'on essaie la régénération par le travail il devient un être nuisible, trop souvent isolé en cellule et même attaché. Annexer un quartier d'aliénés à chaque maison centrale coûterait trop cher. A Gaillon, les droits de l'humanité aussi bien que les nécessités de la sécurité sociale sont sauvegardés.

*b)* Les *aliénés criminels,* continue l'auteur du Mémoire, présentent un danger qui impose leur traitement dans un établissement spécial possédant une discipline et des moyens appropriés. Les *aliénés vicieux* ou pervers, méchants, irritables, raisonnants, évadeurs, dépourvus de jugement, de discernement, ne sont pas plus à leur place dans nos asiles que les aliénés criminels. Le jour où il existera des *asiles-prisons* intermédiaires entre l'asile et la prison, bien des difficultés disparaîtront pour les juges et les médecins légistes dans l'imputation des responsabilités partielles.

Or *Gaillon semble l'embryon tout indiqué du futur asile d'aliénés criminels.*

L'établissement peut contenir actuellement 120 malades. La partie de l'ancienne maison centrale réservée par le Ministre de l'Intérieur peut, avec quelques modifications, contenir 150 à 180

aliénés. On peut donc dire qu'il y a à Gaillon la place suffisante pour hospitaliser 300 malades environ. De vastes jardins entourent l'établissement.

Un asile de 300 malades au maximum est seul désirable, parce qu'il faut éviter l'agglomération des aliénés dangereux et qu'en outre le médecin doit consacrer un temps très long à sa visite. Le médecin doit écouter religieusement les petites affaires de ce genre de sujets, les réprimander, les moraliser ; en même temps qu'il arrive ainsi à les bien connaître, il exerce sur eux quelque influence.

Il faut installer de petits quartiers de 30 à 40 malades au plus. Et par dessus tout un quartier cellulaire organisé dans les meilleures conditions d'hygiène et de sécurité, comprenant en cellules, la moitié de l'effectif ; il faut qu'on ait constamment quelques cellules de libres à la disposition d'internés aussi difficiles à manier.

On les occupera à des travaux qui n'exigent pas d'outils tels que le triage des haricots, de lainages, la confection de cordes, etc.

Gaillon, ainsi compris, se composerait :

α) De l'*asile pénitentiaire* destiné aux condamnés aliénés, à discipline stricte sauf régimes médicaux spéciaux ;

β) De l'*asile de sûreté* à discipline moins sévère, à nourriture meilleure.

A cet asile de sûreté on placerait :

Les aliénés condamnés ayant fini leur peine, au lieu de les transférer dans les asiles départementaux ; tous les aliénés criminels et vicieux nécessitant une surveillance spéciale (fous moraux, débiles, pervers, évadés récidivistes, épileptiques dangereux, persécutés-persécuteurs, certains persécutés à réactions dangereuses) ; les inculpés irresponsables mais dangereux pour la sécurité publique, à raison de leurs assassinats, de leurs impulsions homicides ou autres, de viols, de vagabondages et vols, d'incendies.

L'asile entier de Gaillon serait sous l'autorité exclusive du médecin de l'établissement conformément à l'art. 7 du règlement en vigueur : « Le service médical, en tout ce qui concerne le régime

physique et moral, ainsi que la police médicale et personnelle des internés, est placé sous l'autorité du médecin. »

Les *sorties* n'auraient lieu que sur l'avis d'une Commission composée de magistrats et de médecins, afin de sauvegarder l'intérêt public. Le médecin y aura certainement le rôle prépondérant, mais cette Commission, juge d'une mesure aussi grave, sera la sauvegarde du médecin, puisqu'il s'agit d'individus dangereux pour la sécurité publique.

*
* *

Nous ne commenterons pas ce travail. A titre d'expérience, il nous semble exécutable mais sous le mérite des observations que nous avons déjà développées.

**2. — Enquête dans les asiles publics de France.**

Nous avons, il y a quelques mois, le 31 octobre 1903, adressé à soixante-dix chefs de service une circulaire. Nous leur demandions :

*a)* S'ils faisaient une différence entre les aliénés criminels et les criminels aliénés au point de vue des difficultés qu'ils pourraient leur causer dans l'établissement qu'ils dirigeaient ; — *b)* Quelle proportion ils avaient en moyenne d'aliénés criminels ; — *c)* Quelle proportion de criminels aliénés : — *d)* S'ils estimaient qu'ils méritaient, les uns et les autres, les uns ou les autres, des mesures spéciales, et lesquelles.

Notre principal désir était de provoquer un *referendum* sur leurs opinions relatives à l'ensemble de la question. Cette circulaire n'avait de limitatif que la forme.

De trente-deux nous sont parvenues des réponses. Nous les en remercions bien sincèrement. Ce sont : les Drs Malfilâtre (Ariège) ; Ramadier (Aveyron) ; Ph. Rey (Aix, Bouches-du-Rhône) ; Samuel Garnier (Dijon) ; Bessière (Evreux) ; Dubuisson
: Chevalier-Lavaur (Auch) ; Journiac (Jura) ; Doutre-
; Nolé (Lozère) ; Broquère (Mayenne) ; Pâris et
lle) ; Croustel (Morbihan) ; Chardon (Armentières) ;

E. Cortyl (Bailleul) ; G. Cortyl (Pas-de-Calais) ; Girma (Pau) ; Gilb. Petit (Sarthe) ; Dumaz (Savoie) ; Giraud (St-Yon) ; Cullerre (Vendée) ; Sizaret (Rennes) ; Dubuisson, Dagonet, A. Marie, Taguet, Marandon (Asiles de la Seine) ; Christian et Ritti (Charenton) ; Charpentier et Chaslin (la Salpêtrière).

***

*a)* Si nous enregistrons les réponses catégoriques à la première question, nous trouvons que dix-huit médecins ne font aucune différence entre les aliénés criminels et les criminels aliénés au point de vue des difficultés qu'ils pourraient leur causer dans l'établissement qu'ils dirigent. Ce sont : MM. Malfilâtre, Ph. Rey, Samuel Garnier, Chevalier-Lavaur, Doutrebente, Nolé, Broquère, Croustel, Chardon, E. Cortyl, G. Cortyl, Girma, Gilb. Petit, Giraud, Sizaret, Taguet, Marandon, Christian.

On n'est d'ailleurs jamais bien sûr que le criminel aliéné n'était pas un aliéné avant sa condamnation, ajoutent Ph. Rey, Girma, Marandon, de Montyel ; d'autant que, puisqu'il n'y a pas de psychose par incarcération, c'est un prédisposé à l'aliénation mentale (Marandon).

M. Giraud ne voit là qu'une question de mots ; qu'il y ait eu ou non condamnation, ce sont des aliénés ordinaires. Avis conforme de Sizaret, qui surveille surtout l'évolution de l'état mental chez tous les aliénés dangereux criminels ou pouvant le devenir, de Christian, de Doutrebente et son élève M. Olivier, Broquère, Croustel, etc... Le quartier d'observation, la surveillance et la répartition à l'asile suffisent selon les tendances des individualités.

La tâche de la surveillance est plus facile quand on a affaire à des ruraux atteints de déficit intellectuel et moral comme à Auch (Chevalier-Lavaur), ou à des alcooliques comme à Lesvellec (Croustel).

Quelque restriction est à noter malgré la réponse négative de la part de Samuel Garnier (Dijon). Il redouterait plutôt l'aliéné criminel, parce que le criminel aliéné, assoupli par son emprisonnement, vient à l'asile quand la notoriété du crime commis est affaiblie.

Huit chefs de service distinguent formellement entre l'aliéné criminel et le criminel aliéné. Ce sont : MM. Bessière, Dubuisson (de Toulouse), Pâris et Vernet (de Maréville), Dumaz, Cullerre, Dagonet et Charpentier.

La pratique des asiles met Bessière, Dumaz et Cullerre en garde contre le criminel aliéné.

L'asile d'Evreux, que dirige M. Bessière, servait autrefois de refuge momentané aux pensionnaires de Gaillon dont la peine était expirée, en attendant qu'on fut fixé sur leur domicile de secours. Or les criminels aliénés sont des modèles de dépravation morale, fourberie, astuce, hypocrisie, délation, épistolomanie, violences ; ils fomentent en permanence l'indiscipline, le trouble. M. Brunet a obtenu qu'on en fixât le domicile de secours à Gaillon même. M. Bessière s'est débarrassé de ceux de la Seine. Leur place n'est pas dans un asile. Ainsi pensent Dumaz (de la Savoie), Cullerre (de la Vendée).

Pour MM. A. Pâris (service des femmes de Maréville) et Dubuisson (de Toulouse) les criminels devenus aliénés sont les moins dangereux parce que ce sont plutôt des vésaniques (Pâris), le crime et le délire pouvant ne pas avoir de relation de cause à effet entre eux (Dubuisson). Ils ont moins d'influence sur la mentalité de leurs compagnons que certains aliénés criminels, dégénérés à mauvais instincts, d'un commerce préjudiciable aux dégénérés instinctifs non criminels auxquels il n'a manqué pour commettre de crime que l'hospitalisation tardive, le milieu, les circonstances aggravantes de l'aliénation mentale et de la dégénérescence (Pâris). Seulement les délirants partiels en rémission ou améliorés protestent contre leur présence, et la sélection rationnelle en est impossible dans les vieux asiles à grands quartiers très populeux. M. Vernet (service des hommes de Maréville) dit aussi que les autres malades se plaignent de leur contact avec des criminels.

MM. Dagonet et Charpentier parlent surtout de la distinction nominale à maintenir.

*
* *

*b)* La proportion moyenne des aliénés criminels se trouve, autant qu'il nous a été possible de nous servir de ceux des ren-

seignements qui nous sont parvenus, contenue dans le tableau suivant :

| | HOMMES | FEMMES | POUR LES DEUX SEXES |
|---|---|---|---|
| | — | — | — |
| Asile de l'Ariège | 3,3 | 4 | 1,80 °/. |
| Asile d'Aix (Bouches-du-Rhône) | 4 | — | — |
| Asile de la Côte-d'Or | 3 | 0,27 | — |
| Asile de l'Eure | — | — | 3 à 6 |
| Asile de la Haute-Garonne | — | — | 0,21 |
| Asile du Gers | — | — | 1,90 |
| Asile du Jura | 3,4 | 2,8 | 3,1 |
| Asile du Loir-et-Cher | 4,6 | 1,6 | — |
| Asile de la Mayenne | 0 | 0,3 | — |
| Asile de Meurthe-et-Moselle | 4 | 1 | — |
| Asile du Morbihan | 2,50 | 1,16 | — |
| Asiles du Nord | 2,7 | — | — |
| Asile des Basses-Pyrénées (Aliénés criminels et criminels aliénés ensemble.) | 5,8 | 0,75 | — |
| Asile de la Sarthe | 12,07 | 3,81 | 7,25 |
| Asile de la Savoie | — | — | 5 |
| Asile St-Yon (femmes) Seine-Inferieure. | — | 0,99 | — |
| Asile de la Vendée | 4,5 | 0,33 | — |
| Asile d'Ile-et-Vilaine | 9,9 | 1,7 | 5,27 |
| Asile de Maison Blanche (femmes) Seine. | — | 2 | — |
| Asile de Ville-Evrard (hommes) [1] Seine. | 1,91 | — | — |

A St-Alban (Lozère) et à l'asile des femmes du Pas-de-Calais (St-Venant) la proportion est insignifiante.

Ces chiffres si différents ne peuvent évidemment servir seuls ; il faut que l'enquête soit complète pour qu'on soit en droit d'en tirer une conclusion quelconque.

*
* *

1. — Mais à côté de ces aliénés criminels au sens du code M. Marandon a relevé les aliénés délictueux et la proportion en est dans son service de 12,02 sur lesquels 11,11 °/. d'erreurs judiciaires (aliénés méconnus).

*c)* La même réflexion s'impose au sujet de la proportion des criminels aliénés résumée dans le tableau ci-dessous. Cependant on sera frappé de l'infime minorité des criminels aliénés.

| | HOMMES | FEMMES | POUR LES DEUX SEXES |
|---|---|---|---|
| Asile de la Mayenne | 3,88 | 0 °/. | — |
| Asile de Meurthe-et-Moselle | 0 | 1,5 p'1000 | — |
| Asiles du Nord | 0,31 | 0 °/. | — |
| Asile d'Ille-et-Vilaine | 0,7 | 1,5 °/. | — |
| Asile de Maison Blanche (femmes) Seine. | 0 | 0 | — |
| Asile de Ville-Evrard (hommes) Seine. | 0,20 | — | — |
| Asile de la Salpêtrière (femmes) Seine. | 0 | — | — |
| Asile de l'Ariège | — | — | 0 °/. |
| Asile de la Côte-d'Or | — | — | 0,88 |
| Asile de l'Eure | — | — | 4 |
| Asile de la Haute-Garonne | — | — | 0,21 |
| Asile du Gers | — | — | 0 |
| Asile de la Lozère | — | — | 0 |
| Asile du Morbihan | — | — | 0 |
| Asile de St-Venant (femmes) Pas-de-Calais. | — | 1 | — |
| Asile de la Sarthe | — | — | 0,25 |
| Asile de la Savoie | — | — | 1 |
| Asile de St-Yon (femmes) Seine-Inférieure. | — | 0,5 | — |
| Asile de la Vendée | — | — | 0 |

*
* *

*d)* Les aliénés criminels et les criminels aliénés méritent-ils les uns et les autres, les uns ou les autres, des mesures spéciales ? Lesquelles ?

α) Ils ne méritent ni les uns ni les autres de mesures spéciales, répondent MM. Malfilâtre (Ariège), Nolé (Lozère), Croustel (Lesvellec), Ed. Cortyl (Bailleul), Giraud (St-Yon), Christian (de Charenton). Ce sont des aliénés comme les autres qui, d'ailleurs, sont en trop petit nombre pour causer des difficultés ; une sur-

veillance assidue à l'Asile suffit, au moyen des organes mêmes de l'établissement.

β) Mais, par contre, treize de nos collègues sont d'avis qu'on organise *un asile spécial* contenant et les *aliénés criminels* et les *criminels aliénés*. Leurs motifs ne sauraient être passés sous silence :

1° Ph. Rey, d'Aix (Bouches-du-Rhône) : Il faut un asile spécial pour aliénés *délinquants*, dégénérés, récidivistes évadeurs (bien qu'il n'y en ait que très peu, trois seulement, chez lui), et surtout pour les criminels aliénés (Gaillon), alors même qu'ils auraient été grâciés du restant de leur peine ;

2° Sam. Garnier (de Dijon) : Un asile pour aliénés criminels et criminels aliénés ; les familles protestent contre la confusion. Faites, dit-il, un recensement général exact et déterminez la proportion des hommes et des femmes de ces catégories ;

3° Chardon (d'Armentières) : Un *asile de sûreté* pour aliénés *criminels* ou *dangereux* parce que l'asile ordinaire est de plus en plus ouvert ;

4° Dubuisson (de Toulouse) : Un asile spécial pour les *aliénés criminels* ayant bénéficié d'un non-lieu, et surtout pour les aliénés *devenus criminels à l'asile*. On y joindrait les *criminels aliénés*, sauf à transférer à l'asile départemental, après observation, ceux qui ne seraient pas reconnus dangereux. Toute ordonnance de non-lieu devrait être suivie de l'internement du bénéficiaire à l'asile spécial ;

5° Les aliénées *meurtrières*, dit G. Cortyl (de St-Venant) logent en cellules ; il serait préférable de les colloquer dans un asile spécial afin d'éviter un contact toujours pénible avec les autres malades, et d'obtenir une surveillance et des précautions faciles ;

6° Girma (de Pau) : « La promiscuité des uns et des autres avec les autres aliénés est fâcheuse, surtout pour les familles des malades. Une des causes de la répugnance qu'inspirent les asiles tient précisément à cette promiscuité. Doléances nombreuses à ce sujet. S'ils ne sont pas toujours un sujet de trouble et d'effroi, leur présence restreint les mesures libérales. Leur assigner un local dans un asile ordinaire n'est pas pratique parce qu'il y en a trop peu ; le rassemblement dans un même milieu des cas pathologiques les plus disparates est contraire au

traitement méthodique de la folie. Leur dissémination dans l'asile vaut mieux, mais il faut alors une sorte de captivité nuisible aux autres aliénés.

» Créez donc des *asiles régionaux* pour *aliénés criminels* et *criminels aliénés ensemble* mais choisissez pour les dénommer un terme heureux qui ne les stigmatise pas du qualificatif criminel. Ce seront des asiles de traitement, mais munis d'un appareil défensif; cet appareil deviendrait alors de moins en moins utile dans les asiles ordinaires.

» On les y transporterait par *voie administrative* ou *judiciaire,* sur l'initiative du chef de service. Cette perspective *retiendrait* peut-être *quelques-uns des fous moraux* qui n'hésitent pas à commettre un crime, en se targuant de leur situation d'irresponsables ; »

7° M. Gilb. Petit (du Mans), énonce tout court que la création d'un asile des aliénés dits criminels s'impose pour les uns et les autres ;

8° Créez, formule J. Dumaz (de Bassens), des asiles spéciaux pour tous les criminels aliénés et recevant ceux des aliénés criminels qui nécessitent à l'asile ordinaire un quartier-prison. L'évasion possible des criminels aliénés nécessite une surveillance nuisible à l'établissement, et les malades ou leurs parents souffrent de cette promiscuité. Quant aux aliénés criminels, il en est dont l'état mental admet un régime de liberté relative ; d'autres, non ;

9° Cullerre (de la Roche-sur-Yon) : Les aliénés criminels, dont plusieurs ont commis des crimes retentissants, sont, pour la plupart, des persécutés qui travaillent ; plusieurs jouissent d'un no-restraint complet. Ils ne causent point d'embarras, sauf discussions avec des camarades ou des infirmiers maladroits qui leur reprochent leur passé. Leur séparation d'avec les aliénés ordinaires, d'ordre sentimental, ne serait justifiable que si leur placement, leur maintien, leur sortie de l'asile étaient soumis à des formalités légales particulières, sinon non.

Le *criminel aliéné* doit être interné dans des quartiers ou asiles spéciaux. Seulement il faudrait pouvoir y admettre, le cas échéant, aussi les *aliénés criminels dangereux* à l'occasion ;

10° Broquère (de la Mayenne) : Un asile spécial pour les uns et les autres, pour les uns ou les autres s'impose. Séparez-les tous

des autres aliénés, dans un but social et pour le bon ordre social.

Dans l asile spécial on créera deux quartiers : un pour les curables (alcooliques par exemple), un pour les incurables. On les y traitera, même les criminels aliénés, comme des malades. Un secteur spécial sera dans cet asile réservé aux aliénés criminels.

Les criminels aliénés y seront admis par la justice mais après examen médico-légal de plusieurs aliénistes. L'admission des aliénés criminels y aura lieu par le Préfet ou par voie de placement volontaire. Les sorties n'auront lieu qu'après examen médico-légal d'experts aliénistes ;

11° Sizaret (de Rennes) : Ce qui importe c'est le *malade dangereux* quelconque. Il faut, pour lui, le quartier de sûreté obligatoire dans chaque asile ou, mieux, l'asile *régional dit de sûreté*. Vous y mettrez ceux des types à évolution mentale stationnaire ou en voie d'évolution qui nécessitent cet internement. Ceux dont l'évolution mentale est terminée ont leur place à un asile d'hospitalisation ou dans les colonies familiales ;

12° Charpentier (de la Salpêtrière) : Les deux classes, même dociles, tranquilles, ne devraient pas être mêlées aux autres aliénés. On peut réunir ensemble, dans un même quartier ou dans un même asile, les aliénés criminels et criminels aliénés qui exigent des mesures spéciales en rapport avec les espèces de *dangers* qu'ils peuvent faire courir. On assimilera aux aliénés criminels ou criminels aliénés difficiles, les aliénés dangereux (indociles, indisciplinés, évadeurs, suicides, voleurs, calomniateurs, etc.), ayant ou non commis des crimes qui nécessitent des mesures spéciales en rapport avec les dangers qu'ils peuvent faire courir ;

13° A. Marie (de Villejuif) : Aliénés délinquants, délinquants aliénés, *ou aliénés dangereux et particulièrement difficiles* devraient être isolés des aliénés ordinaires pour permettre la réalisation de l'hôpital de traitement des maladies mentales. Ils exigent une discipline particulière qui exclut le mélange et des mesures spéciales en cas de sortie pour *couvrir la responsabilité médicale* (internement judiciaire ou autre à déterminer).

Les asiles renferment aussi des *vicieux*, indisciplinés, à mauvaises habitudes, révoltés, agressifs, *souvent délictueux*, souvent

à la limite du code, souvent même irréprochables, mais toujours insupportables. *On pourrait, en attendant les modifications à la loi de 1838, les placer dans un quartier à part et y joindre les aliénés criminels et les criminels aliénés,* avec lesquels ils ne se confondent pas légalement.

γ) Partisans d'annexes de prisons ou d'établissements pénitentiaires ou d'asiles spéciaux pour les *criminels aliénés seuls* sont les auteurs suivants :

1° Bessière (d'Evreux) : L'aliéné criminel, devenu criminel sous l'influence ou dans le cours de ses troubles intellectuels, est un malade quelconque qu'il faut traiter à l'asile de son département. Mais le criminel aliéné, en cours de peine, ne doit pas être mis dans un établissement spécial où il apprendrait la simulation ; installez pour lui *un quartier cellulaire annexe des prisons ou maisons centrales.* Quand il aura purgé sa peine, mettez-le à l'*asile-prison* (Projet Dubief) ;

2° Pâris (de Maréville) : Les aliénés criminels sont des malades ; ils n'exigent pas des établissements spéciaux. Mais les criminels aliénés dont la société est désagréable aux malades encore un peu lucides, et surtout pénible aux améliorés et aux convalescents, exigent des *établissements spéciaux régionaux annexés au besoin à quelques pénitenciers.* Ce sont des condamnés ; il n'y aura donc pas de tare spéciale pour eux quand on les placera dans un service hospitalier plus fermé que l'asile d'aliénés ; et bien que ce soient des malades, comme ils sont avant tout criminels, les *annexes spéciales de prison ou de pénitenciers seraient préférables ;*

3° Dagonet (Ste-Anne) : Placez les criminels aliénés en *des annexes des établissements pénitentiaires ;*

4° Marandon de Montyel (Ville-Evrard) : Le criminel aliéné, c'est le régressif au plus haut point puisqu'il n'avait pas besoin de devenir fou pour être criminel. L'utilité pour lui *d'un asile spécial* est évidente parce que ce sont de vrais criminels déjà isolés et isolables des autres malades ; mais y en a-t-il assez pour peupler un asile ? Nécessité d'une législation spéciale ;

5° Taguet (Maison-Blanche, Seine) : Les criminels aliénés en cours de condamnation devraient purger leur peine dans un *établissement spécial,* car la folie, chez eux, n'est qu'un facteur

secondaire, et il faut éviter la promiscuité avec l'aliéné honnête;

6° Chaslin (de la Salpêtrière) : Les épileptiques rôdeurs, voleurs, etc., se rapprochent des criminels à proprement parler. Il faut les séparer des autres à cause de leur caractère insupportable ;

3) La création d'*asiles spéciaux pour aliénés criminels seuls* semble assez discutée.

Chevalier-Lavaur (d'Auch), A. Journiac (de St-Ylie), Vernet (de Maréville), la demandent dans les termes que voici :

Chevalier-Lavaur : Un asile spécial pour aliénés criminels qui sont la cause de désordres, de méfaits, asile spécial à organisation particulière incompatible avec celle des asiles ordinaires.

A. Journiac (de St-Ylie) : Il y a des aliénés, criminels ou non, violents, désagréables, dangereux, perturbateurs, peut-être plus nombreux parmi les criminels ; ils sont en trop petite quantité pour exiger un quartier spécial dans l'asile ordinaire : faites un asile spécial.

Vernet (de Maréville) : Utilité d'un asile spécial pour *quelques-uns des aliénés criminels* qui continuent à être dangereux et nécessitent une surveillance spéciale, des mesures exceptionnelles peu compatibles avec le régime ordinaire de l'asile, pour ceux en un mot qui, par la nature de leur délire, continuent à être dangereux. Mais un grand nombre, après un traitement plus ou moins prolongé, deviennent inoffensifs et peuvent être employés aux divers travaux.

Opinions contraires : Pâris (de Maréville), Marandon de Montyel (de Ville-Evrard), Doutrebente et M. Olivier (de Blois), Dagonet (de Ste-Anne), Bessière (d'Evreux), Nolé (de la Lozère).

Pâris (de Maréville) : Les aliénés criminels ne sont que des malades ; si vous les mettez dans un établissement spécial, vous leur imposez, ainsi qu'à leur famille, une tare plus lourde que celle qui, par suite de la persistance de vieux préjugés, pèse déjà sur la famille du malade et sur l'aliéné en traitement dans l'asile ordinaire. Laissez donc, à part quelques très rares exceptions, les aliénés criminels dans les asiles ordinaires, d'autant *qu'ils ne sont généralement eux-mêmes que les victimes d'une assistance trop tardive.*

Marandon de Montyel (Ville-Evrard) : Jamais les aliénés criminels ne m'ont causé de difficultés pendant mes 29 ans de pratique (à Toulouse, Evreux, Marseille, Dijon, dans la Seine). D'ailleurs peu nombreux, à peine 2 °/₀ dans la Seine, malgré le voisinage de Paris, il vaut mieux les disséminer que de les réunir en grand nombre. Les envoyer dans un asile spécial, c'est les expatrier, leur causer un préjudice moral et matériel, les séparer des leurs, compromettre leur guérison. Ces asiles spéciaux seraient des lieux de douleurs et des fabriques d'incurables. Bien plus, ils afficheraient la criminalité du malheureux et la frapperaient d'une tare monstrueuse, injuste ; c'est un régressif sans doute, mais surtout un malade. Nécessité d'une législation spéciale.

Doutrebente et M. Olivier (de Blois) : Les aliénés criminels ne méritent pas d'autre traitement que les aliénés vulgaires. Nous acceptons cependant la question des *aliénés dangereux*. Mais elle disparaît avec la création de petits asiles. On peut alors les laisser sans inconvénient dans les quartiers d'agités ordinaires où leurs tendances perturbatrices s'émoussent sans qu'ils aient été contagieux ni dissolvants pour leurs voisins.

De même Dagonet (de Ste-Anne), Bessière (d'Evreux), Nolé (de la Lozère), pensent que l'aliéné criminel est un malade quelconque à traiter à l'asile de son département ; il y en a d'ailleurs trop peu pour peupler un asile spécial ; ils ne causent aucune difficulté à l'asile ordinaire.

***

*e)* Quelques chefs de service ont affirmé la *nécessité* d'une *législation spéciale*.

Ainsi M. Broquère (Mayenne) qui veut un asile commun aux aliénés criminels et aux criminels aliénés, préconise une législation judiciaire propre à l'admission des criminels aliénés (expertise médico-légale de plusieurs aliénistes) ; une législation préfectorale spéciale à l'admission des aliénés criminels. En tout cas les sorties ne seraient effectuées qu'après examen médico-légaux.

M. Cullerre croit que la séparation des aliénés criminels d'avec les autres aliénés n'aurait de raison d'être que si leur

placement, leur maintien et leur sortie étaient préalablement soumis à des formalités légales particulières.

M. A. Marie parle d'un internement judiciaire (ou autre) à déterminer, pour les aliénés délinquants, délinquants aliénés ou aliénés dangereux.

M. Girma demande que, sur l'initiative du chef de service, on puisse interner aliénés criminels ou criminels aliénés dans un asile spécial ; cette mesure suspendue sur la tête des fous moraux à tendances agressives, qui spéculent sur leur irresponsabilité pour commettre des crimes, aurait, croit-il, un salutaire effet.

M. Dubuisson (de Toulouse) serait d'avis que toute ordonnance ou tout arrêt de non-lieu devrait être suivi de l'internement de l'aliéné criminel à l'asile spécial.

Enfin Marandon de Montyel, partisan de l'asile ordinaire pour le véritable aliéné criminel, n'en réclame pas moins pour lui une législation spéciale. L'aliéné criminel, dit-il, est un régressif puisqu'il a tué, incendié, etc... Ne le faites pas sortir avant guérison complète ; la guérison, une fois établie, doit encore être justifiée par un traitement supplémentaire prolongé à la suite de cette guérison. Il y a lieu, en effet, de craindre des rechutes, et des rechutes dans les mêmes conditions que la première fois, c'est-à-dire accompagnées de crimes. Nécessité, au besoin, d'avoir recours à une expertise faite par plusieurs aliénistes.

*A fortiori* cette législation spéciale s'impose-t-elle pour le criminel aliéné interné, lui, dans un asile spécial, qui représente un tempérament encore plus régressif, puisqu'il n'a pas eu besoin de devenir fou pour être criminel.

***

En résumé, six personnalités compétentes maintiennent le *statu quo*, tant pour les aliénés criminels que pour les criminels aliénés ; ils n'éprouvent le besoin d'aucune mesure spéciale ; l'asile ordinaire leur suffit.

Treize fonctionnaires croient à l'urgence d'*un asile spécial commun aux criminels aliénés et aux aliénés criminels*. Ils se basent sur la promiscuité intolérable des aliénés qui ont eu

maille à partir avec la justice et des aliénés qui n'ont pas commis d'actes nuisibles ; citons surtout à cet égard Samuel Garnier, Broquère, G. Cortyl, Girma, J. Dumaz. La notion d'un danger possible résultant de la présence à l'asile ordinaire d'aliénés criminels ou de criminels aliénés ressort principalement des communications de Chardon, Dubuisson (de Toulouse), G. Cortyl, Girma, J. Dumaz, Cullerre, Broquère, Sizaret, Charpentier, A. Marie. — A la notion d'aliénés dangereux délinquants se joint celle de fous dangereux quelconques ; fous moraux, aliénés dangereux et vicieux. C'est pourquoi la nécessité du choix à faire par le chef du service des aliénés à éliminer de l'asile commun, se trouve implicitement ou expressément contenue dans la plupart de ces explications. Dans cet asile spécial, on installerait des divisions distinctes pour chaque catégorie ; il y aurait la section des aliénés criminels et la section des criminels aliénés. Cet asile serait, en somme, l'*asile de sûreté* des *aliénés dangereux* et *vicieux*. Le terme, pour être moins malheureux que celui d'asile des aliénés criminels condamné par Girma, n'en met pas moins une tare au front de ceux qui y entreront.

Six de nos confrères préféreraient qu'on n'évacuât des asiles ordinaires que les *criminels aliénés* parce que ce sont avant tout des criminels. On les placerait soit dans des *annexes aux prisons ou aux établissements pénitentiaires* (Bessière, Pâris, Dagonet), soit dans un *établissement spécial* s'il y en a suffisamment pour cela (Bessière, Marandon, Taguet, Chaslin).

Six également de nos collègues maintiendraient les *aliénés criminels* qui, eux, ne sont pas des criminels, dans les *asiles ordinaires*. Ce sont des malades. A part de très rares exceptions (Pâris) ils ne causent pas (jamais, dit Marandon) de soucis. En les dirigeant sur un asile dit des aliénés criminels on affiche leur tare pour toujours. Ainsi parlent Pâris, Marandon de Montyel, Doutrebente, Dagonet, Bessière, Nolé.

Trois médecins en chef ou directeurs-médecins adopteraient un *asile spécial des aliénés criminels* mais après *sélection* et examen des dangers que les aliénés criminels font courir aux autres aliénés. Tels Chevalier-Lavaure, A. Journiac, Vernet.

***

De nos renseignements complémentaires nous retiendrons et examinerons un bon nombre d'indications.

En ce qui concerne les DISPOSITIONS JUDICIAIRES, A. Marie et Girma mentionnent l'utilité d'une législation de ce genre pour les aliénés délinquants, délinquants aliénés, aliénés dangereux. Marandon s'exprime de même pour les aliénés criminels et les criminels aliénés.

Sans doute elles sont légitimes pour les *criminels aliénés*. Après la réforme de l'expertise, on sera sûr que ce sont des criminels avant tout. Les propositions Dubief et Alombert-Coget, dans lesquelles l'intervention du Tribunal Civil basée sur des expertises tempère en quelque sorte la main-mise d'une autorité trop lourde, sont applicables. Bien que personnellement nous n'en ayons jamais eu besoin, la logique nous les a fait admettre.

Ces dispositions judiciaires sont déjà moins utiles malgré le tort fait à la Société, pour l'*aliéné criminel*, car au fond l'aliéné criminel n'est pas un criminel. Mais en présence de l'unanimité de nos collègues y compris l'élève de M. Doutrebente, M. Olivier, nous les avons acceptées.

Nous ne les admettons pas du tout pour les *aliénés dangereux, vicieux, dépravés*, avant qu'on n'ait perfectionné les asiles et qu'il soit bien démontré que l'utilité s'en impose. Pourquoi infliger à des aliénés qui n'ont eu aucun démêlé avec la justice une répression déguisée quand on peut manier, en ce qui a trait à leur sortie, l'article 29 de la loi de 1838 ?

Passons à l'examen des DISPOSITIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES.

Nous sommes en face du système de M. Raoul Leroy, de *Gaillon*, l'embryon futur de l'asile des aliénés criminels. On y mettrait d'abord les condamnés aliénés (criminels aliénés) qui formeraient l'*asile pénitentiaire*. Puis on y installerait sous le nom d'*asile de sûreté*, à part — les aliénés condamnés ayant fini leur peine, au lieu de les transférer dans les asiles départementaux — tous les aliénés criminels et vicieux qui nécessitent une surveillance spéciale (fous moraux, vicieux, débiles, pervers, évadés récidivistes, épileptiques dangereux, persécutés-persécuteurs, certains persécutés à réactions dangereuses), — inculpés irresponsables mais dangereux pour la sécurité publique, à raison de leurs assassinats, de leurs impulsions homicides ou autres, de viols, vagabondages, vols, incendies.

Dans cet asile qui est la réalisation des propositions déjà examinées, sous le simple couvert de la loi de 1838, l'autorité médicale serait absolue, mais les sorties seraient soumises à une Commission composée de magistrats et de médecins. Les médecins y auraient la voix prépondérante.

C'est cet asile qui est demandé, dans l'enquête précédente, par 13 de nos collègues.

Sans doute l'asile spécial pour *criminels aliénés* paraît légitime, comme le veulent Dubief, Alombert-Coget, Bourneville, Ch. Vallon, Bessière, Pâris, Dagonet, Marandon de Montyel, Taguet, Chaslin. Il a pour lui les mêmes raisons que l'adoption des dispositions judiciaires spéciales. Ces aliénés sont déjà isolés et isolables des autres aliénés. Raoul Leroy démontre le fonctionnement à ce sujet de Gaillon dans de bonnes conditions. Rien de mieux.

Mais l'*aliéné criminel* n'est pas assimilable au criminel aliéné. Un groupe important de médecins de l'enquête pense après bien d'autres que c'est un malade comme les autres. Si vous l'envoyez dans un établissement spécial, forcément régional, outre que vous affichez son cas particulier et lui imprimez au front une tare imméritée, vous l'éloignez de sa famille. C'est un malade qui a eu le malheur de commettre un crime. Généralement il n'est pas difficile à gouverner et n'a pas besoin d'autre traitement que l'aliéné vulgaire (Pâris, Marandon, Doutrebente, Dagonet, Bessière, Nolé). Aussi les médecins qui demandent un asile spécial pour aliénés criminels font-ils intervenir l'idée de l'aliéné dangereux (Chevalier-Lavaure, A. Journiac, Vernet). Et c'est cet argument de l'aliéné dangereux, vicieux, dépravé, qui constitue le levier principal des partisans de l'asile de sûreté, ou comme l'a dit je ne sais plus qui, de l'asile de désinfection ; cet asile sera, suivant Marandon, un lieu de douleur, une fabrique d'incurables.

Avant même d'avoir dépouillé les documents de Raoul Leroy et de nos confrères, nous avions exprimé notre manière de voir.

Défiez-vous, disions-nous plus haut, pour l'aliéné criminel d'un asile spécial qui imprime une tare au front de gens qui ne sont pas des criminels. Les vices de vos asiles sont la cause probable des difficultés intérieures. Réorganisez-les et sélectionnez avec soin. Que si vous êtes obligé par des embarras

intérieurs et par l'état de quelques aliénés, de procéder à des éliminations, utilisez à titre d'essai Gaillon, mais avec la plus grande prudence.

Quant à ce qu'on appelle des *aliénés dangereux, vicieux, dépravés,* craignez l'asile de désinfection, l'asile des déchets moraux propre à tous les *amoraux*. Améliorez avant tout vos établissements. Si vous possédez quelque sujet particulièrement dangereux, placez-le avec circonspection à Gaillon dans les mêmes conditions que celles que nous avons précisées à propos des aliénés criminels.

L'analyse du mémoire de Raoul Leroy et celle des lettres de nos distingués confrères où l'on sent palpiter bien des hésitations n'est pas faite pour nous faire changer d'avis.

Qu'on ne se lance pas dans un machinisme systématique avant d'être positivement assuré des causes de certaines perturbations de l'organisation ancienne !

Qui sait s'il n'y a pas, au préalable, des moyens prophylactiques à employer ?

## III. — MESURES PRÉVENTIVES

Rien de plus urgent que de s'occuper des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels, mais est-il une question plus haute que celle qui envisage les moyens de prévenir les crimes des aliénés ?

Ici nous laisserons de côté les criminels aliénés, parce que le problème des causes du crime chez l'individu qui est sain d'esprit au moment où il commet un crime n'est pas du ressort de ce travail. Pour les savants qui admettent qu'il existe des individus qui ont commis un crime sans que l'aliénation mentale entre pour rien dans l'exécution de l'acte, ces malheureux sont avant tout des criminels. Nous n'avons pas mission d'examiner les mesures préventives de l'acte criminel chez les gens sains d'esprit.

Il en est au contraire tout autrement de l'acte criminel commis sous l'influence de l'aliénation mentale. C'est ce que nous nous proposons d'envisager.

Nous allons essayer de voir s'il n'est pas possible d'empêcher que les aliénés deviennent dangereux, d'empêcher qu'ils ne commettent des crimes ou des délits.

Si cette prophylaxie existait, elle tirerait d'embarras, nos finances d'abord, nos consciences ensuite.

C'est un sujet que nous n'avons certes pas la prétention d'épuiser. Nous nous efforcerons simplement d'en fixer les principaux éléments.

Il nous apparaît sous trois modalités distinctes.

Y a-t-il des mesures préventives à prendre contre les désordres que les aliénés non encore séquestrés sont susceptibles de produire contre les personnes ou contre les biens des citoyens ?

Existe-t-il des mesures préventives à prendre contre les désordres que les aliénés peuvent effectuer à l'intérieur de l'asile où ils sont internés ?

Peut-on agir de façon à s'opposer préventivement aux crimes ou délits d'aliénés déjà séquestrés qui, par suite de guérison ou d'amélioration, doivent être remis en liberté ? Cette dernière interrogation envisage le cas où les aliénés séquestrés ont ou non avant leur séquestration commis des crimes et délits.

*1° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné non encore séquestré :*

L'expérience quotidienne démontre que l'aliéné ne devient généralement pas criminel tout-à-coup, pas plus qu'il ne devient brusquement aliéné. Il faut, quelles que soient les tares des prédisposés, un certain temps pour que se développe l'aliénation mentale ; c'est d'ordinaire sous l'influence des progrès de celle-ci qu'apparaissent les éléments morbides (délire, agitation, dépression, perturbations du caractère, anomalies psychiques quelconques) aptes à rendre le malade dangereux.

Morel et J. Falret ont montré que les aliénés sont presque toujours dangereux à la période d'évolution de leur maladie ou du syndrome morbide.

C'est le hasard, dit J. Falret, qui fait que, parmi les aliénés, les uns sont enfermés après un acte commis, tandis que les autres l'ont été avant d'avoir été criminels, la séquestration ne leur ayant pas laissé le loisir d'agir.

La qualification de dangereux appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés ne suffit pas, reprend P. Garnier au Congrès de Nancy (1896) à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que,

d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné réputé inoffensif ne peut devenir, à un moment donné, une cause de dangers, et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue, ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit le plus souvent à l'état chronique.

Telle est encore l'opinion de Ramadier et Fenayrou (1898) pour lesquels « tous ou presque tous les aliénés sont susceptibles de devenir dangereux. Si, dans certains cas, il est presque impossible d'affirmer que tel d'entre eux ne peut, sans danger, rester en liberté, on ne saurait jamais soutenir qu'un autre est inoffensif au point de n'avoir pas besoin d'être interné... Chez nombre d'aliénés, un fait insignifiant, la première occasion venue, deviennent parfois, alors qu'on s'y attend le moins, la cause d'un crime ».

Le danger résulte, écrit Sizaret, de l'état mental. Il y a des aliénés dont l'état mental est stationnaire ; d'autres (persécutés, hypochondriaques, mélancoliques) dont l'état mental est en voie d'évolution ; d'autres enfin dont l'état mental a terminé son évolution (déments, paralytiques généraux, séniles). M. Sizaret envisage surtout l'aliéné à l'asile. Mais tout aliéné en liberté peut être inoculé par l'occasion que signalent les précédents auteurs, apte à en faire criminel. De plus il n'est pas d'aliéné qui, en dehors de l'asile, bénéficie d'une stabilité mentale suffisante pour qu'on ait confiance en lui.

La preuve nous la possédons dans les statistiques éminemment suggestives d'A. Ritti sur les *aliénés en liberté*. Sur 421 cas d'aliénés criminels pour la période quinquennale de 1898-1902, M. Ritti a noté 27,55 °/₀ d'homicides, agressions ou menaces de mort ; 20,66 de tentatives de suicides ou suicides ; 16,39 d'homicides ou suicides ; 15 d'aliénés excentriques ou ayant commis des actes délictueux ; 6,41 d'incendiaires. Ces malades ont en cinq années fait 410 victimes. La grande majorité de ces crimes ou délits ont été exécutés par *des aliénés qui, pour la plupart, étaient malades depuis fort longtemps*.

Le remède est facile à appliquer, il est dans la séquestration hâtive.

A. Pâris nous dit de son côté : à côté de quelques aliénés

criminels, qui sont des dégénérés à prédominance de mauvais instincts, il est un grand nombre de dégénérés instinctifs de même acabit qui, s'ils ne sont pas devenus criminels, le doivent à ce qu'ils ont été internés de bonne heure. Chevalier-Lavaure met en vedette le danger particulier des dégénérés fous moraux, réfractaires à toute direction, à instincts pervers, perturbateurs et désorganisateurs, qui sont surtout des aliénés criminels des villes.

Ainsi s'explique le conseil de G. Ballet. Peut-être y aurait-il lieu, dit le maître, de s'occuper des mesures préventives, de veiller à l'application stricte de nos articles 18 et 19 de la loi de 1838, qui visent le danger imminent et le danger contre l'ordre public des aliénés non séquestrés.

Dans le même ordre d'idées, convient-il de rappeler les paroles d'Henri Colin, dans sa communication à la Société générale des prisons (1897). Nombreux sont actuellement les aliénés en liberté que les maires ne font pas interner pour ne pas grever le budget des communes. Les exemples cités par l'orateur ne sont que des unités dans la légion des cas surabondamment connus.

Bourneville vient encore de raconter deux histoires qui témoignent du singulier état d'esprit des représentants de l'autorité. Il s'agit en premier lieu d'une dame ; un médecin rédige en Mars un certificat explicite dans lequel il la qualifie de dangereuse, après avoir mentionné qu'elle a essayé de se tuer en laissant ouvert le robinet du gaz d'éclairage. A l'asile clinique on refuse de l'admettre faute de place. Au commissariat de police, on répond qu'il faut attendre que la malade ait accompli un acte dangereux. Cet acte dangereux est précisément accompli le jour même par un autre aliéné qui met le feu ; il était malade depuis quelque temps, mais la police ne s'est occupée de le séquestrer que lorsque l'acte dangereux a été exécuté [1].

Est-il besoin de plus amples détails pour prouver qu'il n'y aurait peut-être plus d'aliénés criminels si l'on adoptait des mesures propres à une assistance immédiate dans le genre de celles que préconisent Ramadier et Fenayrou.

*a)* Réagir contre les préjugés qui éloignent les malades de nos asiles.

1. — *Progrès Médical*, 16 avril 1904.

C'est affaire à une propagande active et judicieuse. Loin, comme le fait entendre Pâris, de créer des asiles spéciaux pour aliénés criminels, qui ne feraient qu'augmenter le mauvais renom des asiles ordinaires, il faut, au contraire, tendre à faire considérer les asiles ordinaires comme des hôpitaux. (Bourneville, Magnan et Bouchereau.)

*b)* Divulguer les dangers des aliénés en liberté et les avantages de les traiter aussitôt que possible.

Des circulaires groupant les faits terribles trop communs devraient être répandus à profusion.

*c)* Traiter vite les aliénés.

Plus vite ils seront traités, moins ils commettront d'actes dangereux, plus vite aussi ils seront rétablis.

En montrant au public que c'est encore le moyen le plus économique, on pourrait aussi l'éclairer sur le danger des relations sexuelles, qui procréent des enfants anormaux.

Mais, pour traiter vite, il faut faire *admettre rapidement les aliénés dans les asiles*. Pour les y faire admettre vite, il faut faciliter les *formalités légales* de l'admission.

Or le grand obstacle à ces admissions ce sont, comme l'ont proclamé Ramadier, Fenayrou et Henri Colin, les embarras financiers des communes. A cet égard la proposition des deux premiers auteurs mérite considération. Les aliénés seraient tous à la charge de l'État. L'État solderait les dépenses de tous les aliénés dans les départements au moyen d'un *impôt général communal*, qui serait proportionnel, non au nombre des aliénés par commune, mais aux ressources de chaque commune.

Un autre obstacle provient des *formalités administratives des admissions*, si longues quand il s'agit des aliénés indigents. Or le public s'imagine que l'admission des aliénés est trop aisée ; on parle plus volontiers de séquestration illégale ou arbitraire, et les législateurs croient à la nécessité de multiplier les garanties de l'opportunité des séquestrations. Ramadier et Fenayrou, par contre, demandent l'*admission provisoire*, sur *certificat d'un seul médecin*, sauf à prononcer l'admission définitive après toutes enquêtes, tous examens jugés utiles. Cette pratique serait le complément de quartiers ou asiles d'observation et dépôts provisoires établis aux hôpitaux et hospices

prévus par l'article 29 du projet de loi Dubief que A. Marie vient de remettre en mémoire.

Tout le monde, par exemple, semble s'être rallié à l'idée de *faciliter les placements volontaires gratuits*. Bourneville en a (loc. citat.) rappelé l'origine et les conditions.

« Les aliénés devraient être admis dans les asiles par placements volontaires, sauf ceux qui sont arrêtés par la police.

» Dans la Seine, le nombre de ces placements est allé en augmentant, mais pas encore assez. Beaucoup de médecins ignorent qu'ils peuvent envoyer directement leurs malades au Bureau d'admission de l'asile clinique (Sainte-Anne), et même dans les autres asiles, en s'entendant avec les médecins. Mais, à raison de l'encombrement, le Bureau d'admission ne reçoit pas tous les malades qui se présentent. On parerait à ces inconvénients en établissant, pour les placements directs, une circonscription pour chaque asile. »

Parfait, mais en province bien des Préfets s'opposent à ce que les indigents soient reçus à l'asile sans que l'Administration ait fait l'enquête préalable.

C'est alors que la motion G. Ballet, calquée sur le projet de loi italien Deprétis, pourrait rendre des services. Tout aliéné traité à son domicile doit être signalé à la police par la famille et son médecin qui certifie en même temps le degré de nocuité ou l'innocuité du sujet. L'autorité avisée fait une enquête et ordonne le placement dans un asile public ou privé si elle le juge convenable.

Il va de soi que les médecins qui exercent la médecine sont pour l'exécution de l'ensemble de ces dispositions, supposés familiarisés avec les principes de la médecine mentale. L'*enseignement des maladies mentales* constitue la première mesure prophylactique du crime chez les aliénés non encore internés.

*2° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné interné :*

Ce paragraphe répond à la préoccupation des médecins d'asiles qui se sentent débordés par les aliénés dangereux de toute nature et constatent ou redoutent leurs agressions, leurs actes nuisibles dans les asiles mêmes où ces malades sont traités.

Ainsi le Dr Toulouse (de Villejuif) par une lettre que nous

recevons trop tard pour l'incorporer au dépouillement de notre enquête, s'exprime en ces termes :

« Je crois comprendre cette seconde question (quelle proportion avez-vous en moyenne d'aliénés criminels ?) comme suit : Quelle est la proportion des malades ayant commis dans le service des atteintes à la propriété ou à la vie d'autrui ? »

Ces lignes prouvent que les dangers que font courir les malades à leurs camarades ou au personnel sont un objet de soucis constants pour bien des médecins. L'article 40 du projet de loi Dubief représente en quelque sorte la solution d'un problème qui doit avoir été fréquemment soumis à notre éminent confrère, par les fonctionnaires des asiles publics.

Nous ne trouvons d'autre réponse à ces susceptibilités légitimes que celle-ci. Il faut complètement réformer l'arsenal de l'assistance publique de nos aliénés.

De même que dans les manufactures on a dû transformer les moyens d'action industriels (machines et procédés), de même dans nos asiles il convient d'adapter les méthodes et instruments d'assistance aux conditions modernes.

Ce ne sont pas, à notre avis, seulement les aliénés foncièrement dangereux qui causent des difficultés, à l'intérieur des asiles, ce sont tous les aliénés qui, s'y trouvant hospitalisés en trop grand nombre, se heurtent à tous les inconvénients de l'encombrement. Si l'asile n'est pas encombré, il ne possède pas l'envergure et l'outillage nécessaires à la disposition d'une répartition judicieuse des malades. Les dangers particuliers inhérents aux dégénérés fous moraux (Chevalier-Lavaure, etc.), aux aliénés criminels dégénérés à mauvais instincts (A. Pâris, etc.), aux persécutés et aux persécuteurs (Chambard, H. Contagne, Cullerre et autres) dérivent avant tout de l'insuffisance de nos moyens de traitement.

Les asiles ne doivent être ni trop pleins, ni trop grands, parce qu'alors on n'y connait pas ses malades, et l'on ne peut surveiller son personnel. Ils doivent être d'une population modérée.

Les petits asiles de 400 à 500 malades (M. Olivier et Doutrebente) doivent, en outre, être formés de petits quartiers, éloignés les uns des autres, comme autant de villas, répartis en un mot sur un espace qui permette l'individualisation des aliénés, et l'on y doit largement prévoir tous les organes indispensables.

A chaque petit pavillon annexez, selon les besoins, le repos au lit, des chambres d'isolement disséminées, l'hydrothérapie.

Proscrivez les grands quartiers de sûreté, car il ne convient pas de rassembler en un même local trop d'aliénés agités ou dangereux. Installez l'open door, les colonies agricoles, les colonies familiales, de types divers.

Occupez, en les séparant, les diverses entités mentales qui, dans ces conditions, ne penseront plus à nuire, ne contamineront plus les voisins, ne seront plus une force dissolvante pour les autres (Doutrebente).

Déjà même, en certains asiles qui ne correspondent néanmoins pas encore absolument à cet idéal on a obtenu des résultats satisfaisants. Cullerre n'affirme-t-il pas que les aliénés criminels, dont plusieurs ont commis des crimes retentissants, sont pour la plupart des persécutés qui travaillent ; d'aucuns jouissent même d'un no-restraint complet. C'est ce qui avait lieu à l'asile d'Armentières alors que nous en étions le directeur.

Eh bien, ces améliorations, susceptibles de modifier l'état mental des aliénés, représentent, selon nous, de véritables mesures préventives d'accidents ou incidents graves. Tout établissement d'aliénés qui fonctionne comme une prison produit l'animosité des malades qui y sont internés. Ils n'y sentent plus l'affectueuse surveillance du médecin ; ils ne voient dans le Directeur qu'un geôlier. (M. Olivier.)

*3° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné sorti par guérison ou par amélioration :*

M. Ritti, en critiquant les sorties prématurées coupables d'avoir engendré des aliénés criminels, cite la thèse de Pallut (Bordeaux 1901). Cet auteur a montré que 68 malades prématurément mis en liberté ont commis 78 attentats graves, et qu'ils ont fait 65 victimes. Un grand nombre de celles-ci ont été tuées, les autres ont été grièvement blessées, le même aliéné ayant exécuté souvent plusieurs crimes et délits.

Deux cas se peuvent présenter :

*a)* Ou bien le médecin d'asile se trouve en face d'un aliéné qui avant sa séquestration avait déjà commis un crime ou un délit ;

*b)* Ou bien il va donner la sortie à un aliéné jusqu'ici irréprochable.

*a)* S'agit-il d'un aliéné qui avant sa séquestration avait commis un crime ou un délit on a, pour se guider, les prodromes qui avaient annoncé l'accès d'aliénation mentale sous l'influence duquel cet aliéné était devenu criminel (Georget). On connaît donc les signes sur lesquels toute chose étant égale d'ailleurs, se doit baser la surveillance au dehors.

Malgré cela il est tout naturel que l'on craigne la rechute avec récidive criminelle.

Je ne vois, pour ma part, pas nettement en quoi les commissions préposées à la sortie, les experts, les internements prolongés à titre d'épreuves, les asiles d'aliénés criminels, fourniront les moyens de déclarer que le malade guéri *n'est pas suspect de rechute.*

On ne s'est du reste pas gêné pour dire que personne ne voudra assumer la responsabilité de la sortie. A ce compte-là ce sera la détention perpétuelle de Christian, ou la séquestration basée sur la durée des peines que l'aliéné eût encourues s'il avait été reconnu criminel responsable (Brierre de Boismont).

Semblable condamnation a cependant ému les partisans les plus convaincus de la sauvegarde sociale. On a alors proposé d'envoyer ces aliénés, condamnés à perpétuité, en des lieux où ils jouiraient d'une existence plus douce. On a suggéré l'idée de faire pour eux des colonies agricoles spéciales (H. Coutagne, Joffroy), et d'installer ces colonies en Nouvelle-Calédonie (H. Coutagne).

Nous proposerons un procédé moins radical, celui de la colonie familiale, au moins à titre d'épreuve (A. Marie). Quand, après avoir passé à l'asile des aliénés ordinaires, un temps pendant lequel le patient aura témoigné d'une guérison soutenue, ce même sujet aura été soumis à l'open-door, il pourra, à notre sens, jouir des bienfaits de la liberté surveillée, comme cela se fait, chez les nourriciers.

Malgré cela on usera de la sortie sous garantie (Th. Roussel), qui trouvera en outre un contrôle efficace dans la bienveillance expérimentée des Sociétés de patronage (P. Garnier).

Tous ces moyens peuvent être utilement mis en pratique par l'administration préfectorale.

*b)* Les mêmes mesures sont à recommander non pas seulement pour tout aliéné criminel déjà coté, mais pour n'importe quel aliéné dangereux en général et encore pour l'aliéné ordinaire à délire ou état mental suspect intermittent on non qui, s'ils n'ont pas encore été criminels, peuvent le devenir.

Il est en effet certain qu'un aliéné qui n'a jamais commis de crime peut en commettre un sous l'influence d'une rechute ou d'une récidive quand cela ne serait que par l'action d'excès alcooliques.

Mais si vous appliquez à tout aliéné sorti, dès qu'il retombe malade, les procédés dont il a été fait mention dans le premier paragraphe, vous éliminez d'emblée tout danger puisque vous prenez ainsi toutes les précautions propres à l'assistance précoce. Votre malade, qui a pu être interné à temps la première fois, sera encore interné en temps opportun la seconde. La sortie prématurée dont fait état Ritti ne sera plus à redouter.

Cette sortie prématurée sera d'autant moins redoutable que la Société de patronage à laquelle sera signalé le malade s'enquerra auparavant si l'aliéné, quel qu'il soit, doit retrouver à sa sortie le même milieu et s'il est à craindre qu'il ne reprenne les mêmes habitudes. (Christian.)

Les conditions de surveillance par les familles des malades et l'action des colonies étaient recommandées, ne l'oublions pas, par Billod ; Dagonet en avait parlé pour les aliénés ayant commis des crimes dont la sortie lui semblait légitime. Quant aux Sociétés de patronage, M. Falret fils en a fondé une. Il existe celle des asiles de la Seine.

Avec une organisation de ce genre ne se met-on pas à l'abri des incartades de l'aliéné ? Il n'y a plus qu'à la faire fonctionner.

Mais si, comme au Commissariat de police dont parle Bourneville, « on exige qu'il se produise un accident pour intervenir, on manque d'humanité, outre que l'on oublie que la loi de 1838 sur les aliénés est à la fois une loi de sécurité publique et une loi de bienfaisance ».

## CONCLUSIONS

I. — Il faut en première ligne *prévenir* les *crimes et délits* des aliénés *avant leur internement.*

Pour cela il convient de prendre toutes les précautions nécessaires à la SÉQUESTRATION RAPIDE DES ALIÉNÉS. On usera des *moyens de propagande* utiles pour dissiper dans le public les préjugés qui éloignent les malades de nos asiles, et pour mettre en garde contre les dangers auxquels exposent les aliénés en liberté en insistant sur les avantages d'un traitement rapide. On simplifiera les *formalités de l'admission ;* le dégrèvement des communes, les admissions provisoires et les placements volontaires gratuits constituent d'excellentes mesures. On pourrait, au besoin, mettre les familles et les médecins dans l'obligation de déclarer à l'autorité avec certificats à l'appui, les aliénés traités momentanément à domicile ; l'autorité avertie surveillerait les malades.

II. — Il est parfaitement possible de *prévenir les crimes et délits des aliénés sortis des asiles* par guérison ou par amélioration.

Contre la *sortie prématurée* on possède l'open-door, la colonisation familiale, les sorties sous garanties. *La surveillance de l'aliéné en liberté* se peut continuer par l'intermédiaire des Sociétés de patronage.

La *réintégration rapide* en cas de *rechute* est assurée et par cette surveillance et par les procédés qui viennent d'être énumérés plus haut.

III. — *Dispositions judiciaires.* — Personnellement nous n'avons jamais eu besoin de dispositions légales de cette sorte.

*a)* Nous n'osons cependant point aller à l'encontre de l'intervention du Tribunal Civil si demandée pour les *aliénés criminels* depuis leur crime ou délit jusqu'après leur sortie. Cette intervention n'est au demeurant que la généralisation de l'article 29 de la loi de 1838 (projet Dubief, projet Alombert-Coget, projet M. Olivier, projet Vallon) ; elle a pour base des expertises médico-légales ;

*b)* En ce qui concerne le *criminel aliéné,* la réforme de l'expertise appliquée à tout accusé ou inculpé en précisera la

qualité (projet Cruppi, projet Dubief, projet Alombert-Coget). Le criminel aliéné étant alors un criminel par-dessus tout, qu'il reste sous la surveillance de l'autorité judiciaire, conformément au projet Dubief, aux propositions Henri Colin et Alombert-Coget. La sortie de ce genre de malades demeure, conformément à l'article 29 de la loi de 1838, à la disposition du Tribunal Civil.

*c)* Les *aliénés dangereux, vicieux, dépravés de nos asiles* ne méritent, à notre avis, aucune intervention de la magistrature. Le médecin traitant n'a, s'il le juge convenable, qu'à appliquer quand ils demandent leur sortie l'article 29 de la loi de 1838. Pourquoi mettre ces aliénés dans la même situation que les aliénés ayant commis des crimes ou des délits au-dehors, alors que, par le désencombrement des asiles, on a le moyen de s'en tenir à sa fonction purement médicale ?

IV. — *Dispositions médico-administratives :*

*a)* Ne faisons pas d'asile spécial pour les *aliénés criminels ;* leur envoi dans cet asile infligerait aux malades et à leurs familles un déshonneur immérité. Ils sont si peu nombreux et si peu dangereux que tout le monde réclame une *sélection préalable.*

Seulement, comme à raison de la désaffectation votée par la Chambre des députés (1901) Gaillon se trouve à notre disposition, il est loisible à certains médecins d'expérimenter cet établissement pour quelques-uns de leurs aliénés criminels particulièrement difficiles. Il y a des situations locales à envisager. Mais point n'est besoin de se lancer systématiquement dans les procédés d'ordre pénitentiaire ;

*b)* Si, après la réforme de l'expertise, il est démontré qu'il existe des *criminels aliénés,* Gaillon est tout indiqué. C'est à cet asile qu'il appartient de recevoir les criminels aliénés. Propositions Dubief, Alombert-Coget, Bourneville, Ch. Vallon. Gaillon pourrait aussi servir à l'examen des inculpés ;

*c)* Étant donné les imperfections de pas mal d'asiles départementaux, un devoir étroit s'impose. C'est la réforme complète de ces établissements encombrés, mal distribués, qui ressemblent plutôt à des prisons, qu'à des hôpitaux d'aliénés. *Ne faites*

donc pas avant d'avoir pratiqué cette réforme d'asile pour les *aliénés dangereux, vicieux, dépravés de vos asiles,* pas d'asile de sûreté pour les *déchets amoraux*. Si quand vous aurez amélioré les asiles existants, vous vous trouvez en présence de sujets réfractaires (cela peut arriver en certains endroits), vous aurez le droit d'envoyer ces individus à Gaillon, administrativement, sans autre recours, conformément aux conclusions d'un rapport démonstratif.

Restez médecins.

A Armentières nous n'avons jamais eu besoin non plus d'aucune de ces dispositions médico-administratives.

# TABLE DES MATIÈRES

Pages

GÉNÉRALITÉS ..... 1

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ..... 4

Modifications à la loi de 1838 proposées par la Commission extra-parlementaire ..... 20

Projet Dubief ..... 55

CHAPITRE DEUXIÈME

PROBLÈMES A RÉSOUDRE ..... 67

I. — *Dispositions judiciaires* ..... 69

*A)* Aliénés criminels ..... 69

*B)* Criminels aliénés ..... 76

*C)* Aliénés dangereux, vicieux, dépravés ..... 81

II. — *Dispositions médico-administratives* ..... 85

*A)* Aliénés criminels ..... 85

*B)* Criminels aliénés ..... 95

*C)* Aliénés dangereux, vicieux, dépravés ..... 100

*D) Renseignements complémentaires* ..... 107

1° Asile central des aliénés criminels de Gaillon ..... 107

2° Enquête dans les asiles publics de France ..... 110

III. — *Mesures préventives* ..... 125

1° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné non encore séquestré ..... 126

2° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné interné ..... 130

3° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné sorti par guérison ou par amélioration ..... 132

CONCLUSIONS ..... 135

1° Nécessité de prévenir les crimes et délits des aliénés avant leur internement ..... 135

2° Possibilité de prévenir les crimes et délits des aliénés sortis des asiles par guérison ou par amélioration ..... 135

3° Dispositions judiciaires ..... 135

4° Dispositions médico-administratives ..... 136

# Les Démences vésaniques

PAR

le Dr G. DENY

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

## *AVANT-PROPOS*

« *Mon intention en prenant la parole, disait l'année dernière M. le Dr Gilbert Ballet à la première séance du Congrès de Bruxelles, est moins de faire une communication que d'appeler l'attention sur l'opportunité qu'il me semble y avoir à discuter le plus prochainement possible (je voudrais que ce fût à la prochaine session) la question très à l'ordre du jour de la démence précoce, qu'il paraît aujourd'hui plus rationnel d'appeler la démence vésanique rapide.* »

*A s'en tenir à cette dernière dénomination, il semble bien qu'en mettant la question des démences vésaniques au nombre de celles qui doivent être discutées à la session de Pau, le Congrès de Bruxelles ait voulu, comme M. Gilbert Ballet, que le problème de la démence précoce fût abordé de front et qu'il reçût, s'il était possible, une solution.*

*A vrai dire, entre la démence précoce considérée actuellement par l'École d'Heidelberg comme une affection primaire, à évolution nettement déterminée, et le groupe disparate des démences vésaniques ou secondaires, dans lequel viennent se fondre les états terminaux de diverses psychoses, les rapports semblent assez éloignés ; mais, en y réfléchissant, on ne tarde*

*pas à se convaincre que ces deux questions sont au contraire étroitement unies et que leur étude est pour ainsi dire inséparable.*

*Il ne faut pas se dissimuler en effet que la nosographie actuelle de la démence précoce n'a pu être constituée qu'à la faveur d'un démembrement des anciennes vésanies et des démences qui leur succèdent et, par conséquent, qu'une révision complète du groupe actuel de ces vésanies et de ces démences s'imposera si l'autonomie de la démence précoce, brillamment défendue l'année dernière à Bruxelles par le Dr Claus, est définitivement reconnue.*

*On voit donc qu'il existe un rapport de subordination très étroit entre ces deux questions, et que, malgré le titre proposé pour ce rapport, l'étude des* **démences vésaniques** *y doit céder le pas à celle de la* **démence précoce.**

*Ces brèves considérations montrent assez nettement l'intérêt du débat qui va s'ouvrir pour qu'il soit* **inutile** *d'y insister davantage.*

*Si la démence précoce est une psychose* **constitutionnelle,** *ne pouvant être attribuée qu'à une prédisposition strictement inhérente au sujet, comme on l'admet encore pour l'hystérie, les classifications actuelles, malgré leurs imperfections, gardent toute leur valeur; si, au contraire, la démence précoce est une maladie* **accidentelle,** *au même titre que la paralysie générale progressive, il faut s'attendre, sinon à une* **révolution,** *comme l'a proclamé M. Gilbert Ballet à Bruxelles, du moins à une* **évolution,** *qui permettra d'exclure définitivement des cadres actuels de la psychiâtrie, non seulement les anciennes folies simples, déjà condamnées par Morel et par J. Falret, mais encore la plupart des psychoses qu'on s'est efforcé de rattacher dans ces dernières années à la dégénérescence mentale.*

---

## CHAPITRE Ier

### Division du sujet.

L'existence de la démence précoce, c'est-à-dire d'une psychose à manifestations variées, qui se montre surtout chez les jeunes gens à l'époque de la puberté ou de l'adolescence, et qui se termine presque toujours, sinon toujours, au bout d'un temps relativement court, par l'abolition complète de l'intelligence ne saurait plus être aujourd'hui contestée par personne. Il n'est aucun médecin en effet qui n'ait eu l'occasion d'observer quelques exemples de cette affection et les aliénistes dont elle a davantage attiré l'attention, l'ont depuis longtemps décrite sous des vocables divers : *idiotie accidentelle ou acquise, démence précoce, hébéphrènie, folie de la puberté, démence chronique primaire de la jeunesse, démence juvénile, démence vésanique rapide, démence primitive,* etc.

C'est le terme de *démence précoce* qui est actuellement le plus répandu et c'est lui que nous adopterons malgré les critiques qui lui ont été adressées, parce qu'il a l'avantage de ne pas préjuger, comme celui d'*hébéphrènie* ou de *folie de la puberté,* la cause de l'affection et parce qu'il ne limite pas à une époque aussi restreinte de la vie que celui de *démence juvénile,* la date de son apparition.

Cette dénomination purement clinique est du reste d'origine française ; elle appartient, croyons-nous, à Morel, et puisque les auteurs allemands l'ont conservée, nous serions de notre côté mal venus à l'abandonner. Quant à la désignation de *démence vésanique rapide,* récemment proposée par M. Gilbert Ballet, nous croyons qu'elle doit être écartée, au moins provisoirement, parce qu'elle tranche la question doctrinale et pathogénique actuellement en discussion.

Si la plupart des aliénistes, en effet, s'entendent pour admettre l'existence d'une affection démentielle propre à l'adolescence,

l'accord est loin d'être aussi unanime en ce qui concerne sa nature et son étiologie.

« Le problème étiologique, a dit M. Ballet, à Bruxelles, me paraît à l'heure actuelle le problème capital : la démence précoce est-elle une psychose *accidentelle* ou une psychose *constitutionnelle?* Voilà le point vif de la question. Suivant la solution qui interviendra on pourra décider si la description de la démence précoce n'est qu'une amplification nosographiquement plus détaillée et plus précise de celle déjà donnée par Morel, ou si, au contraire, l'affection doit être élevée au rang d'entité nosologique nouvelle. »

Acceptant la discussion sur le terrain choisi par M. Gilbert Ballet, je m'abstiendrai de faire ici un historique détaillé qui serait de nature à compliquer la question plutôt qu'à l'éclaircir. Je me bornerai à exposer brièvement la genèse et l'évolution des idées, qui se traduisent aujourd'hui par une divergence complète de vues, entre les continuateurs de Morel et les partisans de l'École d'Heidelberg.

J'essayerai ensuite, en me basant sur l'étude étiologique et clinique de 50 cas de démence précoce observés et suivis à la Salpêtrière, au cours de ces dernières années, ainsi que sur les constatations anatomiques faites récemment sur les centres nerveux de quelques-uns de ces malades, d'élucider le problème pathogénique qui passionne aujourd'hui si vivement le monde des aliénistes et de déterminer la place qu'il convient d'assigner à la démence précoce dans la classification.

J'examinerai enfin dans un dernier chapitre la question de savoir si le groupe des démences vésaniques ou secondaires doit être maintenu dans la nomenclature psychiâtrique.

---

## CHAPITRE II

### Genèse et formule de la démence précoce : psychose constitutionnelle ou psychose accidentelle.

S'il n'est pas contestable que la conception actuelle de la démence précoce soit fondée à peu près uniquement sur les travaux des auteurs allemands, il faut cependant reconnaître que les médecins français du commencement du siècle dernier n'y sont pas restés tout à fait étrangers.

L'histoire des origines de la démence précoce peut donc être divisée en deux périodes, *française* et *allemande*, à la vérité d'inégale importance, qui se partagent à peu près par moitié le siècle qui vient de finir. A ces deux périodes, nous en ajouterons une troisième consacrée à l'exposé de la théorie qui, d'après un grand nombre de travaux récents, paraît appelée à rallier tous les suffrages et que nous appellerons période *contemporaine*.

I. **Période Française** *(1809-1860)*. — Elle s'étend du commencement au milieu environ du siècle dernier. Trois noms seulement méritent d'y figurer : Pinel, Esquirol et Morel.

*A)* — Bien que Pinel n'ait distingué que quatre espèces d'aliénations mentales : la *manie*, la *mélancolie*, la *démence* et *l'idiotisme*, et que, sous cette dernière dénomination il ait englobé indistinctement tous les cas « d'oblitération des facultés intellectuelles et des sentiments affectifs », qu'ils fussent congénitaux ou acquis, aigus ou chroniques, c'est à lui qu'on a voulu faire remonter la première notion de la démence précoce. A l'appui de cette manière de voir on a cité l'observation du jeune sculpteur, âgé de 28 ans, épuisé autant par des excès d'intempérance que par les plaisirs de l'amour, dont Pinel a tracé le portrait suivant : « Il restait presque toujours immobile et taciturne, ou

bien par intervalles, il laissait échapper une sorte de rire niais et stupide; nulle expression dans les traits de sa figure, nul souvenir de son état antérieur. Il ne marquait jamais d'appétit et l'approche seule des aliments mettait en jeu les organes de la mastication ; il restait toujours couché et a fini par tomber dans une fièvre hectique qui est devenue mortelle [1] ».

Il est possible en effet qu'il se soit agi là d'un cas de démence précoce, mais il n'en reste pas moins que l'illustre médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, ne l'a pas isolé de ceux où les facultés intellectuelles n'avaient jamais existé.

*B)* — C'est à Esquirol qu'appartient le mérite de cette distinction ; au mot d'*idiotisme* il substitua celui d'*idiotie* et sépara nettement celle-ci de la *démence*. Il décrivit, en outre, les principales manifestations du *négativisme* ainsi que la plupart des *stéréotypies* auxquelles on accorde aujourd'hui une si grande valeur pour le diagnostic de la démence précoce et entrevit même cette affection, comme le prouvent les lignes suivantes extraites de son chapitre sur l'idiotie :

« Quelquefois les enfants naissent très sains, ils grandissent en même temps que leur intelligence se développe ; ils sont d'une grande susceptibilité, vifs, irritables, colères, d'une imagination brillante, d'une intelligence développée, l'esprit est actif. Cette activité n'étant pas en rapport avec les forces physiques, ces êtres s'usent, s'épuisent vite, leur intelligence reste stationnaire, n'acquiert plus rien et les espérances qu'ils donnaient s'évanouissent : c'est l'*idiotie accidentelle* ou *acquise* [2]. »

Non seulement Esquirol ne fait aucune allusion aux *antécédents héréditaires* de ces enfants, mais il déclare même très explicitement et en maints endroits, que l'arrêt de développement de leurs facultés est la conséquence de *causes accidentelles*. Au nombre de ces causes, il range : un traitement trop actif et débilitant par des saignées, la suppression des menstrues, les écarts de régime, l'onanisme, les coups sur la tête, etc. Pinel avait déjà remarqué que l'abus des saignées durant un traitement antérieur de la manie, une vive frayeur, une suppression

1. — Ph. Pinel : *Tr. méd. philosophique sur l'aliénation mentale*, 1809, p. 182.

2. — Esquirol : *Maladies mentales*, 1838, t. II, p. 342.

brusque des règles ou des retards de l'écoulement menstruel peuvent produire l'idiotisme, de telle sorte que, pour les médecins du commencement du siècle dernier, il semble bien que l'affection que nous désignons aujourd'hui sous le nom de démence précoce, pouvait survenir d'une façon fortuite et accidentelle. Comme cette opinion est celle qui tend aujourd'hui à prévaloir, il n'était peut-être pas inutile de rappeler que la France lui avait servi de berceau.

*C)* — La théorie d'Esquirol sur l'*idiotie accidentelle* ou *acquise* ne retint pas l'attention de ses contemporains et ne tarda pas à être combattue par Morel qui enseigna « que bien loin d'être *accidentelle*, la démence des adolescents devait au contraire être considérée comme *constitutionnelle* — pour lui c'est un signe de dégénérescence qu'il faut rattacher à l'hérédité. — C'est chez les enfants d'aliénés, d'alcooliques, dit-il, que l'on observe cet arrêt prématuré des facultés, qui n'est que le dernier terme d'une évolution fatale, dont l'adolescent avait apporté le germe en naissant[1] ».

C'est Morel pourtant qui employa le premier, le mot de « démence précoce » pour caractériser l'état mental des enfants chez lesquels l'apparition de la puberté est suivie à bref délai d'une déchéance progressive et irrémédiable des facultés.

A propos, en effet, d'un enfant de 13 à 14 ans chez lequel une haine violente pour l'auteur de ses jours avait subitement remplacé les sentiments les plus tendres, Morel s'exprime ainsi :

« Cet enfant dont la tête était bien conformée et dont les facultés intellectuelles dépassaient de beaucoup celles de ses camarades d'études..... devint sombre, taciturne et montra de la tendance à l'isolement. Progressivement il oublia tout ce qu'il avait appris, ses facultés intellectuelles si brillantes subirent un temps d'arrêt très inquiétant. Une espèce de torpeur voisine de l'hébétude remplaça l'activité première et, lorsque je le revis, je jugeai que la transition fatale à l'état de *démence précoce* était en voie de s'opérer. Ce pronostic désespérant est ordinairement bien loin de l'idée des parents et même des médecins qui donnent leurs soins à ces enfants.

1. — Christian : *De la démence précoce des jeunes gens.* (*Ann. méd. Psych.*, 1899, p. 45.)

Telle est néanmoins dans bien des cas la funeste terminaison de la folie héréditaire. Une immobilisation soudaine de toutes les facultés, une *démence précoce,* indiquent que le jeune sujet a atteint le terme de la vie intellectuelle dont il peut disposer. Il est alors désigné sous le nom *d'imbécile, d'idiot*[1] ».

Morel malheureusement, commne nous l'avons déjà signalé, n'attacha pas d'autre signification à l'expression de démence précoce que celle d'un simple stigmate tardif de dégénerescence comparable à la *surdi-mutité,* à la *faiblesse congénitale des facultés,* etc.[2] à côté desquelles il la range ; le plus souvent il lui préfère le terme d'idiotisme qui revient à chaque instant sous sa plume et à propos d'un jeune séminariste devenu idiot dans la plus complète acception du mot, il s'écrie même : « Je ne sais en vérité quel nom donner à l'état mental de certains individus que j'ai pu observer et qui, après avoir passé par tous les degrés de la *mélancolie avec débilité progressive de l'intelligence* sont tombés ultérieurement dans l'*idiotisme* le plus irrémédiable et le plus dégradant[3]. »

Quoiqu'il en soit, Morel n'accorda pas une place distincte dans sa classification aux déments précoces, qu'il avait cependant observés en grand nombre[4] et il les fit rentrer dans la 3e classe de ses « *aliénations héréditaires à existence intellectuelle limitée avec transition à l'idiotisme le plus irrémédiable* ».

Ainsi englobée dans le vaste groupe des folies héréditaires, la *démence précoce* ou l'*idiotie accidentelle* d'Esquirol eut le sort de la *stupidité* de Delasiauve, laquelle, selon l'expression de Chaslin « *disparut simplement, oubliée, perdue, évanouie, dans le bouleversement produit par la conception de la dégénérescence*[5] ».

Deux provinces perdues d'un seul coup pour la psychiâtrie française, c'était peut-être payer un peu cher l'introduction de cette nouvelle doctrine dans la médecine mentale.

1. — Morel : *Tr. des Mal. mentales,* 1860, p. 566.
2. — Morel : *Traité des Mal. mentales,* 1860, p. 516.
3. — Morel : *id.,* p. 177.
4. — « Notre asile, dit Morel, renferme un nombre énorme de jeunes gens de l'un et l'autre sexe ainsi tombés prématurément en démence, et la dénomination de *démence juvénile* est presque aussi souvent employée par nous que celle de *démence senile. Ét. cliniques,* 1852, t. I, p. 234. »
5. — Chaslin : *La Confusion mentale primitive,* 1895, p. 45.

II. **Période Allemande** *(1860-1900).* — Parmi les travaux très nombreux et presque tous d'origine allemande qui appartiennent à cette période, il faut placer en première ligne ceux de Kahlbaum et de Hecker sur l'*hébéphrénie,* de Kahlbaum encore sur la *catatonie* et enfin de Kraepelin sur la *démence précoce et sa variété paranoïde.*

C'est en effet du rapprochement et de la synthèse de ces différentes affections qu'est née la conception actuelle de la démence précoce. A ce titre, ces travaux mériteraient de nous arrêter longuement ; mais, après l'exposé magistral qui en a été fait l'année dernière à Bruxelles par le Dr Claus, exposé qui est encore présent à toutes les mémoires, nous nous bornerons à en rappeler brièvement les traits fondamentaux.

*A)* — C'est Kahlbaum qui, en 1863, attira le premier l'attention sur l'existence d'une nouvelle maladie mentale aboutissant rapidement à la démence, maladie à laquelle il donna le nom d'*hébéphrénie,* parce qu'il la considérait comme étroitement liée au développement de la puberté.

Kahlbaum, il est vrai, se borna à esquisser sommairement les caractères de cette affection, et c'est Hecker qui, quelques années plus tard (1871), en traça le tableau clinique complet. Les caractères invoqués par cet auteur pour soutenir que l'hébéphrénie se distinguait très nettement des autres psychoses de l'adolescence sont tirés de sa symptomatologie et de son évolution.

Les symptômes qui, d'après Hecker, appartiennent en propre à l'hébéphrénie consistent surtout en troubles du langage et de l'écriture. Dans leurs discours comme dans leurs écrits, les malades ont une tendance soit à répéter à satiété les mêmes mots ou les mêmes membres de phrases, soit à les intercaler à tout propos au milieu de leurs bavardages. Ils montrent en outre une prédilection marquée pour les expressions insolites ou baroques. Tantôt leur débit est saccadé et précipité, tantôt il est lent, monotone, et affecte le caractère d'une mélopée. Volontiers ils imitent le zézayement des petits enfants ou contrefont des accents étrangers.

Quant au contenu des discours des hébéphrèniques, il représente beaucoup plus une succession de phrases incohérentes, dépourvues de toute signification, que de véritables conceptions

délirantes. Signalons toutefois quelques idées de persécution ou d'hypochondrie, restes de la mélancolie qui marque le premier stade de l'affection.

On peut en effet, d'après Hecker, distinguer trois phases dans l'évolution de la maladie : qui débute « par un stade de mélancolie, auquel succède une période d'excitation maniaque plus ou moins intense, après laquelle se développe un état spécial de faiblesse psychique ou d'imbécillité dont les *signes sont déjà manifestes au début de l'affection*. Les malades, à cette dernière période, peuvent paraître normaux pour les personnes non initiées à la médecine mentale, puisque la faiblesse d'esprit n'atteint pas *toujours* un degré très élevé[1] ».

Si brève que soit cette esquisse clinique de l'hébéphrénie de Hecker, on ne peut manquer d'être frappé de sa ressemblance avec le tableau clinique de la démence précoce, telle qu'on la décrit actuellement. La même remarque s'applique, comme on va le voir, à la catatonie.

*B)* — La conception de la *catatonie* appartient tout entière à Kahlbaum dont elle constitue l'œuvre maîtresse.

C'est en 1868, au Congrès de Insbruck, que cet auteur signala pour la première fois cette nouvelle entité, mais ce n'est que quelques années plus tard, à la suite de la monographie qu'il lui consacra en 1874, que la catatonie attira véritablement l'attention des aliénistes.

Voici comment, d'après Séglas, peut être résumée la conception de Kahlbaum : la catatonie se manifeste d'abord « par un stade de dépression mélancolique à marche lente, de symptomatologie assez commune. Au début il y a souvent des mouvements spasmodiques convulsifs, arrivant par attaques. Puis vient un stade d'excitation maniaque qui peut cependant manquer ; en général il est assez court. Comme ensemble, c'est ou bien de la mélancolie agitée anxieuse, ou bien de l'agitation maniaque, ou bien un délire plus fixe. On rencontre alors quelques symptômes particuliers : caractère pathétique des paroles et des actes, exaltation théâtrale, extase tragico-religieuse, verbigération ou répétition de paroles ou de phrases insignifiantes ou incohéren-

1. — Claus : *Catatonie et stupeur*. (Congrès de Bruxelles, 1903, p. 18.)

tes, prononcées sur un ton emphatique et déclamatoire, gestes stéréotypés, attitudes bizarres et sans but, grimaces spéciales.

» Dans le stade suivant, stade catatonique proprement dit, la maladie revêt toutes les apparences de la stupidité. C'est alors que l'on rencontre les phénomènes moteurs caractéristiques sous forme de convulsions toniques ou cloniques, de raideurs musculaires, d'états cataleptoïdes ; puis le mutisme, le refus d'aliments, la résistance systématique (négativisme) ; les stéréotypies, les rires explosifs, etc.

» Ce stade qui peut durer des semaines et des mois, est suivi d'un autre d'une durée souvent plus longue encore et consistant en des alternatives d'excitation ou de stupidité avec leurs symptômes décrits ci-dessus.

» La maladie peut guérir, ce qui est le cas le plus fréquent, sinon elle passe au stade terminal de démence[1] ».

En résumé, la catatonie, d'après Kahlbaum, est une affection cérébrale à marche cyclique, qui revêt successivement l'aspect de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion mentale et finalement de la démence.

Une ou plusieurs de ces phases peuvent manquer, mais ce qui dans tous les cas permet de les rattacher les unes aux autres et de leur attribuer une origine commune, c'est leur coexistence constante avec une série de troubles moteurs offrant le caractère de la crampe ou de la spasticité et ayant, au point de vue du diagnostic et du pronostic, la même importance que les signes physiques dans la paralysie générale. Aussi, dans la pensée de Kahlbaum, la catatonie était-elle appelée à constituer une sorte de pendant à cette affection.

La catatonie peut se rencontrer à tous les âges, mais c'est dans l'adolescence qu'elle est la plus fréquente ; elle se rapproche donc à ce point de vue de l'hébéphrénie et présente encore quelques autres points communs avec cette affection, tels que la verbigération, le mutisme, les stéréotypies, etc. ; elle en diffère par son issue habituellement favorable.

Notons, en outre, que la démence, quand elle a lieu, ne se montrerait qu'à la période terminale, tandis que dans l'hébé-

1. — Séglas : *Démence précoce et Catatonie, Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1902, n° 4.

phrènie elle peut être mise en évidence dès les premières phases de la maladie.

La conception de Kahlbaum souleva en Allemagne des discussions passionnées qui durent encore; nous ne les reproduirons pas malgré leur intérêt, car, outre que Claus nous en a tracé l'année dernière un tableau saisissant, elles ne se rapportent que très indirectement à la question spéciale qui nous occupe aujourd'hui, puisqu'il s'écoula presque vingt années avant que fussent précisées les relations qui unissent l'hébéphrènie et la catatonie à la démence précoce.

*C)* — Cette synthèse fut l'œuvre de Krœpelin. C'est dans la 4me édition de son *Traité de psychiâtrie,* parue en 1893, que le professeur d'Heidelberg[1], guidé par l'idée de son maître Van Gudden, idée défendue aussi par Falret, Guislain, Magnan, etc., que seule l'étude de l'évolution et de la marche des maladies pouvait, en médecine mentale, conduire actuellement à une classification rationnelle, rapprocha l'une de l'autre sous la rubrique de DÉGÉNÉRESCENCES PHYSIQUES : la *démence précoce,* la *catatonie* et la *démence paranoïde.*

L'apparition singulièrement rapide d'un état persistant de faiblesse intellectuelle justifiait le rapprochement de ces trois formes morbides :

La *démence précoce* était caractérisée par le développement subaigu d'un affaiblissement des facultés tantôt simple, tantôt accompagné d'états d'agitation et de dépression avec troubles sensoriels et idées délirantes.

La *catatonie* débutait par un état de dépression avec idées délirantes vagues, puis survenait un état de stupeur caractérisé par du négativisme, des stéréotypies, de la suggestibilité et des impulsions.

Ce stade de stupeur pouvait être interrompu par des accès d'excitation maniaque.

La catatonie de Krœpelin diffère de celle de Kahlbaum par son *évolution* qui est moins cyclique, un ou plusieurs stades

1. — Bien que Krœpelin soit actuellement professeur à la *Clinique psychiâtrique de Munich* nous continuerons, au cours de ce rapport, à le désigner sous le nom de « professeur d'Heidelberg » parce que c'est pendant son séjour à l'Université de cette ville qu'a été édifiée la conception actuelle de la démence précoce.

pouvant manquer, par l'*origine psychique* assignée aux troubles moteurs avec phénomènes de négativisme, que Kahlbaum considère comme dus à de simples *contractions musculaires antagonistes* et aussi par la *terminaison* habituellement défavorable de la maladie.

La *démence paranoïde,* enfin, était constituée par l'apparition brusque, soudaine, d'idées de persécution et de grandeur extravagantes, sans lien logique entre elles, et faisant très rapidement place à la démence.

A cette description il est facile de reconnaître que la démence paranoïde englobait les formes connues en France sous le nom de *délire d'emblée,* de *délire polymorphe,* de *bouffées délirantes des dégénérés,* etc., et en Allemagne sous celui de *paranoïa aiguë.* Quant à la démence précoce proprement dite et à la catatonie, elles étaient constituées, à peu de choses près, par les mêmes éléments que l'hébéphrènie de Hecker et la catatonie de Kahlbaum.

Telle est la première étape d'où Krœpelin est parti pour aboutir à la conception actuelle de la démence précoce ; à partir de ce moment, chacune des éditions de son livre va lui apporter une contribution importante.

Dans la 5me, parue en 1896, cet auteur distingue d'abord deux grandes classes de maladies mentales : celles qui sont *acquises* et celles qui résultent d'une *prédisposition morbide,* et c'est dans le 3me groupe de la 1re classe, sous le vocable : MALADIES PAR TROUBLES DE LA NUTRITION, que viennent prendre place, à côté de la *folie myxœdémateuse,* les PROCESSUS DÉMENTIELS parmi lesquels figurent : *A)* la *démence précoce* à laquelle se rattache l'hébéphrènie ; *B)* la *catatonie ; C)* la *démence paranoïde,* affection dans laquelle, après le développement rapide d'idées de persécution et de grandeurs absurdes et incohérentes avec une légère agitation, s'établit de très bonne heure un état permanent de confusion mentale ; *D)* la *démence paralytique.*

Ajoutons que le groupe des DÉGÉNÉRESCENCES PSYCHIQUES est supprimé de cette classification ; que la *manie* et les différentes formes de *Wahnsinn* cessent d'y figurer et que la *mélancolie* y devient une psychose de la période d'involution.

Cette synthèse est complétée dans la 6me édition du traité de Krœpelin (1899).

L'hébéphrènie, la catatonie et la démence paranoïde perdent leur caractère d'*affections distinctes* et deviennent les *trois grandes formes* d'une maladie générique, autonome, la *démence précoce,* laquelle constitue, avec les *psychoses thyréogènes* (myxœdème et crétinisme) et la *paralysie générale progressive,* le groupe des maladies mentales qui reconnaissent pour cause une AUTO-INTOXICATION.

La classification de 1899 contient une autre modification importante à la conception de la démence précoce; ce ne sont plus seulement en effet les *formes confuses et incurables de la paranoïa aiguë* qui sont absorbées par la démence paranoïde, mais encore *toutes les variétés hallucinatoires de la paranoïa chronique,* y compris le *délire chronique à évolution systématique* de Magnan.

La *démence paranoïde* comprend donc : 1° une *forme simple* caractérisée par des idées de persécution ou de grandeur absurdes, mobiles et contradictoires comme celles des paralytiques généraux, et 2° une forme qu'on pourrait appeler *hallucinatoire,* dans laquelle les conceptions délirantes, accompagnées de troubles sensoriels, présentent un degré plus ou moins marqué de systématisation, se prolongent durant des années et se terminent par la démence. Le cadre de la paranoïa chronique se trouve, de ce fait, considérablement rétréci, Krœpelin n'y faisant plus figurer que les délires à base d'interprétations fausses et à systématisation parfaite, qui persistent pendant toute la vie, avec conservation des facultés syllogistiques, sans tendance à la démence.

Si adversaire que l'on soit du nouveau classement des maladies mentales du professeur d'Heidelberg, il faut reconnaître qu'il a au moins le mérite de faire disparaître de la nomenclature les innombrables variétés de Wahnsinn et de Blödsinn, de Verrücktheit et de Verwirtheit, etc., avec leurs acceptions variées, qui encombrent la littérature allemande et qui ont fait dire un jour à Pelmann que les aliénistes finiraient par ne plus se comprendre entre eux.

La synthèse de la démence précoce dont nous venons d'esquisser les principales étapes est-elle définitive, la 7me édition parue cette année du traité de Krœpelin nous l'apprendra un

peu plus loin, mais auparavant il nous faut revenir en arrière et examiner rapidement ce qui s'est passé en France pendant la seconde moitié du siècle dernier.

Les travaux de Kahlbaum et de Hecker, qui soulevèrent en Allemagne de si retentissantes discussions, n'attirèrent pas beaucoup l'attention des aliénistes français.

Une leçon clinique, publiée par B. Ball en 1884 sur la folie de la puberté ou hébéphrénie, ne trouva pour ainsi dire pas d'écho, bien qu'elle reproduisit très fidèlement les idées de Kahlbaum-Hecker. Il en fut à peu près de même de celles de Mairet, parues en 1888-1889 dans les *Annales médico-psychologiques*. Du reste en distinguant deux groupes de folies pubérales, en rangeant dans le premier les simples arrêts de développement et dans l'autre des psychoses très différentes, dues à une perversion des facultés, cet auteur commença à déplacer la question de son véritable terrain. L'année suivante, au Congrès de Rouen, mon ami Charpentier la fit dévier complètement en créant onze groupes distincts de démences précoces, dans lesquels sont rangés les affections les plus disparates (démences épileptique, syphilitique, traumatique, alcoolique, etc.).

Or, comme l'a déjà fait remarquer Christian, « ce sont là des démences *symptomatiques* n'ayant d'autre analogie avec la véritable démence précoce, celle de l'hébéphrénie, qui, elle, est *idiopathique*, que d'apparaître à la même période de la vie [1] ».

A la vérité, sous le nom de *démence précoce simple des enfants normaux*, Charpentier semble bien avoir entrevu l'hébéphrénie de Hecker ; malheureusement il s'est borné à en signaler l'existence sans la décrire.

Cette affection ne reçut pas meilleur accueil de Régis, qui déclare dans son Manuel de médecine mentale (1892), que les désordres psychiques liés à la puberté sont des plus variables et qu'il est impossible de les englober dans une formule unique, comme les allemands ont tenté de le faire sous le nom d'hébéphrénie, et Régis ajoute, « quoiqu'en pensent certains auteurs allemands, la folie de la puberté est en général *peu grave* et elle

1. — Christian : *De la démence précoce chez les jeunes gens. (Ann. méd. Psychologiques)*, 1899, t. I, p. 51.

disparaît avec la cessation de la période critique qui lui a donné naissance, à moins d'avoir sa source dans une hérédité très marquée, auquel cas elle n'est que la première étape d'une dégénérescence intellectuelle ou d'une démence incurable[1]. »

Notre collègue Cullerre se rapprochait davantage de la vérité en disant dans son *Traité pratique des maladies mentales* que « chez certains *héréditaires dégénérés* la manie se termine brusquement et sans transition par une démence profonde avec gatisme, *sans passer par la phase chronique.* C'est ce qu'on appelle la *démence précoce* qui, chez les jeunes sujets, pourrait être prise pour une forme de l'idiotie dont elle a les principaux caractères ».

Si brève qu'elle soit, cette allusion à la démence précoce mérite d'être retenue parce qu'elle reflète l'état d'esprit des aliénistes français qui, à cette époque, sous l'influence des doctrines alors en pleine vogue de Morel, accordaient un rôle presque exclusif à l'*hérédité* ou à la *dégénérescence* dans le développement des psychoses.

C'est à cet état d'esprit qu'il faut sans doute attribuer le silence presque complet de Magnan et de ses élèves sur les travaux allemands.

Une seule fois dans leur monographie des dégénérés, Magnan et Legrain prononcent le mot d'hébéphrénie et se bornent à dire qu' « à la puberté appartiennent encore ces bizarreries mentales qu'on a qualifiées du nom d'hébéphrénie ».

Un jugement presque aussi sommaire tranche la question de la démence précoce.

« Notons encore, disent ces auteurs, (que nous regrettons de critiquer), l'anéantissement précoce et définitif de l'intelligence chez un certain nombre de jeunes dégénérés très lourdement tarés, dont la résistance cérébrale ne peut soutenir les efforts constants et de jour en jour plus nombreux de l'accommodation. Ils tombent dans la *démence* après une lutte plus ou moins longue où l'on voit *leurs facultés jusque-là bien développées,* sombrer peu à peu dans le plus complet *deliquium*[2] ».

La même doctrine avait déjà été soutenue par Legrain dans

1. — Régis : *Man. prat. de Méd. ment.*, 1892, p. 343.
2. — Magnan et Legrain : *Les Dégénérés*, 1895, p. 125

sa thèse inaugurale et ensuite par Vigouroux. Voici comment s'exprime Legrain : « On voit quelquefois la démence survenir chez des sujets très jeunes, d'une manière précoce. Cette démence, que l'on peut appeler primitive, a une physionomie toute spéciale. Les malades ont présenté pendant leur enfance ou pendant leur adolescence un état mental satisfaisant ; ils ont pu parfois être des sujets intelligents, distingués même, lorsque tout à coup on voit leur intelligence décliner ; ils cessent de faire des progrès ; même ils rétrocèdent et perdent peu à peu tout ce qu'ils ont appris ; ils commettent une série d'enfantillages ou des actes compromettants dont ils n'ont plus la moindre conscience, et en quelques mois la démence s'établit d'une façon irrémédiable.

» D'autres fois, le début de la maladie a été marqué par quelques idées délirantes très fugaces et la démence leur est consécutive.

» Il est inutile d'insister sur ces faits cliniques bien connus ; une lourde prédisposition héréditaire nous paraît être la raison indubitable *d'une démence aussi précoce,* survenant sans qu'aucun trouble délirant soit venu au préalable affaiblir l'état mental qui, jusque-là, n'avait rien présenté d'anormal, sans qu'une maladie grave, intercurrente, ait pu produire des lésions énormes, irréparables. Les jeunes déments sont au premier chef des dégénérés [1]. »

On remarquera que ces jeunes déments qui sont *au premier chef des dégénérés* « ont présenté pendant leur enfance ou pendant leur adolescence un état mental satisfaisant ; ils ont pu parfois être des sujets intelligents, distingués même » comme l'avaient déjà signalé Esquirol et Morel, et cependant « ils tombent dans la démence après une lutte plus ou moins longue où l'on voit *leurs facultés, jusque-là bien développées,* sombrer... »

Plus n'est donc besoin pour entrer dans la grande famille des dégénérés de stigmates physiques ou psychiques, ni de cet état mental de déséquilibration qui constitue pour l'École de l'admission de S^t^-Anne le criterium par excellence de la dégénérescence, il suffit qu'on se soit permis de devenir dément avant l'âge.

Ce sont ces exagérations doctrinales, reproduites quelques

1. — Legrain : *Du Délire chez les dégénérés,* 1886, p. 234.

années plus tard par un élève de Magnan, Roubinovitch, dans son livre sur *La folie en France et en Allemagne,* qui ont fait dire à un illustre aliéniste étranger que la conception de la dégénérescence, avec l'extension que lui donnait l'École psychiâtrique française, dépassait les limites d'une doctrine scientifique. « On en est arrivé aujourd'hui, dit le Dr Lentz, à ne plus diagnostiquer la dégénérescence : on la présuppose, on l'impose ; ce n'est pas par la présence de tel ou tel symptôme ou syndrome qui la caractérise, qu'on en démontre l'existence ; il suffit que de près ou de loin le soi-disant dégénéré manifeste dans ses troubles morbides quelque anomalie ou quelque irrégularité, pour qu'aussitôt on proclame la dégénérescence évidente, sans s'inquiéter s'il existe au moins quelques signes qui puissent en démontrer l'existence ; et, quand les ayant recherchés on ne parvient pas à les découvrir, on se borne à déclarer qu'ils doivent exister : c'est là, permettez-moi de le dire, du véritable césarisme scientifique[1]. »

C'est Christian qui, en 1899, tira définitivement l'hébéphrénie de l'oubli où l'avait plongée la théorie de la dégénérescence. Dans un important mémoire qui marque une date dans l'histoire de la démence précoce en France, notre collègue démontra que l'hérédité et la dégénérescence étaient complètement étrangères au développement de cette affection. Reprenant la tradition d'Esquirol, il soutint, avec de nombreuses observations à l'appui, que toutes les causes débilitantes groupées sous le terme générique de *surmenage* étaient capables de lui donner naissance et qu'elle devait être rangée au nombre des *psychoses par épuisement.*

Entre temps la catatonie n'était pas beaucoup mieux partagée que l'hébéphrénie. A la vérité, Séglas et Chaslin lui consacrèrent une très importante et très remarquable revue critique, mais pour la condamner en tant qu'entité morbide et lui accorder seulement le rôle d'une simple manifestation de la stupeur, simple ou symptomatique, dont elle ne serait qu'une variété, en rapport plus étroit avec un terrain dégénératif et plus particulièrement hystérique[2].

1. — Lentz : *Formes morbides et classifications en médecine mentale,* in Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique, 1897, p. 28.

2. — Séglas et Chaslin : *De la Catatonie* (Arch. de Neur., 1888, n° 46. p. 65).

Cette conclusion que Séglas a aujourd'hui presque complètement abandonnée, comme on le verra plus loin, fut adoptée par la grande majorité des aliénistes français et contribua à détourner leur attention du syndrome catatonique.

Il ne faut donc pas s'étonner qu'elle ait été reproduite huit ans plus tard, presque dans les mêmes termes, par Roubinovitch qui déclare formellement, que les symptômes indiqués par Kalhbaum comme pathognomoniques de la catatonie, s'observent dans un grand nombre d'affections mentales et que les *observations publiées sous ce nom correspondent aux formes morbides les plus disparates* [1].

Ce qui a encore desservi la cause de la catatonie en France c'est la confusion qui s'est établie entre les mots de catatonie et de catalepsie. Beaucoup d'auteurs considèrent ces deux affections comme synonymes alors qu'en réalité il existe entre elles une différence importante : la catalepsie, qui n'est que la conservation des attitudes imprimées aux membres (Brissaud) est en effet un des éléments du syndrome catatonique, — élément qui fait du reste souvent défaut, — alors que le syndrome catatonique est constitué par un ensemble de troubles psycho-moteurs ou neuro-musculaires, dont les plus saillants sont pour ainsi dire la contre-partie de la catalepsie.

Quant à la *démence paranoïde* on conçoit, étant donnée la date relativement récente de son apparition, qu'elle n'ait attiré l'attention des aliénistes français que dans ces dernières années, à la suite des travaux de Séglas et de Sérieux, travaux sur lesquels nous reviendrons plus loin.

On voit donc qu'au triple point de vue de l'hébéphrénie, de la catatonie et de la démence paranoïde, la deuxième phase de l'histoire de la démence précoce ne pouvait guère recevoir un autre nom que celui que nous lui avons donné.

A la vérité, pour le justifier complètement, nous devrions passer maintenant en revue les travaux que les doctrines allemandes ont suscitées en dehors de notre pays pendant cette période, mais ces travaux ont été si fidèlement analysés l'année dernière dans le rapport de Claus, que nous croyons inutile d'y revenir.

Du reste, au point de vue de l'étiologie de la démence précoce,

1. — Roubinovitch : *De la folie en France et en Allemagne*, 1896, p. 183.

le seul qui soit actuellement en discussion, ces travaux ne sont guère, sauf quelques divergences de détails, que le reflet de ceux parus en France et en Allemagne. Les auteurs russes, italiens, anglais, américains, belges, etc., qui se sont occupés spécialement de cette question, peuvent en effet être tous considérés, les uns comme les continuateurs de Morel, les autres comme ralliés aux idées du professeur d'Heidelberg, suivant qu'ils font rentrer la démence précoce dans la classe des folies héréditaires ou dégénératives, ou bien dans celle des folies acquises dues à des facteurs étiologiques puissants.

III. **Période contemporaine** *(1900-1904)*. — On pouvait espérer que le Congrès de Médecine de 1900, avec lequel commence ce que nous appelons arbitrairement la période contemporaine de la démence précoce, apporterait à la question quelques éclaircissements. Il n'en a rien été. Bien que les *psychoses de la puberté* fussent à l'ordre du jour des travaux de la section de psychiâtrie, la nosographie de la démence précoce y a été à peine effleurée. « On s'y est borné, dit Serbsky, à confirmer un fait connu depuis longtemps et universellement accepté, à savoir qu'à l'époque de la puberté, ce sont les formes les plus variées des troubles psychiques qui peuvent se produire. Tout au plus si cette discussion a démontré combien les rapporteurs, ainsi que les membres du Congrès, étaient peu disposés à changer leur manière de voir ; de sorte qu'ils ont mis complètement de côté les conceptions originales du professeur d'Heidelberg[1]. »

Ce jugement paraîtra peut-être un peu sévère, et cependant, la seule conclusion un peu précise à laquelle ait abouti la discussion, a été qu'il n'y avait pas à proprement parler de psychoses de la puberté.

Si la puberté reste étrangère au développement des troubles mentaux des adolescents, quelle en est donc la cause ? A cet égard, les opinions les plus contradictoires se sont fait jour.

Benedikt (de Vienne), considère tous les cas d'aliénation survenant à l'époque de la puberté comme appartenant à l'hystérie. Parmi les causes de ces aliénations, il invoque l'hyperesthésie

1. — W. Serbsky : *Contrib. à l'étude de la démence précoce*, in-Ann. méd. Psychol., 1903, p. 380.

de la vulve, le prurit et le manque de goût sexuel. Pons (de Bordeaux), se rallia à cette manière de voir.

Seul, Régis émit l'hypothèse déjà précédemment soutenue par lui de l'origine auto-toxique d'un certain nombre de psychoses de la puberté, notamment celles désignées sous le nom d'*hébéphrènie* qui s'accompagnent de *symptômes catatoniques*.

Finalement, Gilbert Ballet eut le dernier mot en disant que « les *causes occasionnelles* sont *inconstantes* et *insuffisantes* à nous expliquer ces psychoses de la jeunesse dont l'*affaiblissement intellectuel constitue la terminaison habituelle et rapide*.

» Dans la majorité des cas, ajoute cet auteur, on peut s'assurer que le sujet portait en lui une *prédisposition dès longtemps acquise ;* dans quelques-uns où cette prédisposition semble faire défaut, on est en droit de l'admettre, car ces cas constituent une exception et une exception que rien n'explique. Inexpliquée, l'exception doit en bonne logique être rattachée à la règle [1] ».

Cette déclaration si formelle n'était en somme que la réédition de la doctrine de Morel et de Magnan à laquelle Gilbert Ballet a encore donné l'appui de son autorité l'année dernière à Bruxelles : la seule atténuation qu'il lui ait apportée est que le groupe des démences précoces est peut-être dissociable, quelques-unes d'entre elles pouvant reconnaître une autre cause que l'hérédité.

En regard de cette *théorie française* ou de l'*origine constitutionnelle* de la démence précoce, il convient maintenant de placer la *théorie allemande* ou de son *origine accidentelle* personnifiée par Krœpelin, telle que vient de la formuler cet auteur dans la 7e et dernière édition, parue cette année même, de son *Traité de psychiâtrie*. La voici aussi fidèlement reproduite que possible :

« L'essence de la démence précoce, dit le professeur d'Heidel-
» berg, est tout à fait obscure. L'opinion la plus répandue est
» qu'il s'agit d'une régression progressive d'un cerveau insuffi-
» sant ; mais contre cette conception se montrent des objections
» importantes. Il est difficile de comprendre pourquoi un orga-
» nisme qui jusque-là s'était développé d'une manière normale,
» parfois même puissante, sans cause particulière, tout d'un
» coup, s'arrête dans son développement et se met à *dégénérer*.

1. — *Comptes-rendus de la Sect. de Psychiâtrie du Congrès de 1900*, p. 121.

» Même les prédispositions morbides les plus chargées, comme » cela se montre dans 18 ou 19 °/₀ des cas de démence précoce, » ne peuvent éclairer un semblable processus. Au contraire, nous » voyons dans les troubles psychiques qui se montrent sur un » terrain fortement préparé par l'hérédité non une rapide désa- » grégation mentale, mais plutôt des *états morbides de long* » *développement ou des psychoses périodiques.*

» Nous arrivons ainsi à penser qu'il doit s'agir de lésions sai- » sissables de l'écorce. Dans la démence précoce il y a donc » une destruction ou bien un endommagement véritable de » l'écorce, mais nous ne savons pas encore par quel processus » morbide ces lésions sont produites : on peut penser vraisem- » blablement à une auto-intoxication [1] ».

Il reste donc acquis que la démence précoce fait partie du groupe des maladies qui relèvent de processus auto-toxiques.

La dernière classification de Krœpelin est du reste calquée sur celle de 1899 : la *démence précoce,* maladie générale, y figure toujours entre les *psychoses thyréogènes* et la *paralysie générale,* et comprend les trois grandes formes signalées plus haut : la forme *hébéphrénique* (ancienne *dementia præcox* de l'auteur) ; la forme *catatonique* (ancienne catatonie de Kahlbaum) et la forme *paranoïde* à laquelle il convient de rattacher, à titre sinon définitif du moins provisoire, toutes les variétés hallucinatoires des délires systématisés chroniques qui, plus ou moins rapidement, se terminent par un degré marqué d'affaiblissement intellectuel.

Nous pouvons maintenant résumer en quelques lignes l'histoire de la démence précoce dont nous venons de tracer brièvement les principales phases.

La notion de la démence précoce est d'origine française et appartient sans conteste à Esquirol.

En la dépouillant de tous les attributs d'une espèce nosologique, en l'assimilant à un simple stigmate de dégénérescence, Morel lui porta un coup funeste.

Après Morel, la théorie de la dégénérescence élargie, amplifiée, et magnifiée par l'École de l'admission de Ste-Anne, finit par

1. — Krœpelin : *Tr. de Psychiâtrie,* 7e édition, 1904, t. II, p. 129.

englober toute la pathologie mentale, au point que J. Falret a pu dire, sans être taxé d'exagération, que la *folie des dégénérés* de Magnan était comme un immense océan, sans limites et sans fond, dans lequel viendraient s'engloutir et disparaître toutes les variétés les mieux établies et les plus naturelles des maladies mentales. Ce fut le sort de la démence précoce.

Tandis qu'en Allemagne s'édifiait lentement une vaste synthèse nosologique comprenant à la fois l'idiotie accidentelle d'Esquirol, l'hébéphrénie et la catatonie de Kahlbaum-Hecker, la *dementia præcox* et la démence paranoïde de Krœpelin, en France l'oubli et le silence se faisaient peu à peu sur ces formes morbides et pendant plus de vingt ans l'enseignement départi aux jeunes générations médicales fut tout entier contenu dans cet aphorisme désespérant de Magnan et Legrain : « *Les plus tarés des dégénérés sont candidats à une démence précoce soit primitive, soit post délirante.* »

Ce n'est que dans ces dernières années, à la suite des travaux de Christian, de Séglas et de ses élèves, de Sérieux, de Masselon, de Dide et Chenais, de Klippel et Lhermitte, de Régis, voire même de notre ami Arnaud ; grâce aussi en grande partie à l'enseignement du professeur Joffroy, de son élève Rogues de Fursac, etc., que l'idiotie accidentelle d'Esquirol, reconstituée sur de nouvelles bases, a repris sa place dans les traités français de pathologie mentale.

Que cette reconstitution ne soit pas à l'abri des critiques, que plusieurs parties du nouvel édifice soient encore mal assujetties, personne n'y contredit et Krœpelin a été le premier à signaler les points faibles de sa doctrine ; il n'en reste pas moins que l'École, dont il est le représentant le plus autorisé, a fait justice des exagérations de la théorie de Morel et de Magnan et qu'elle a orienté la psychiâtrie dans une voie nouvelle, dont la fécondité est attestée par les innombrables travaux qu'a fait surgir dans tous les pays la séduisante conception du professeur d'Heidelberg. La simple énumération de ces travaux tiendrait ici une trop grande place pour pouvoir être reproduite ; nous nous bornerons donc à citer parmi les auteurs qui ont le plus contribué à répandre et à développer les idées nouvelles, les noms de Meeus, Sano, Cuylitz, de Bück, Crocq, P. Masoin, en Belgique ; en Italie, de

Marro, Finzi et Vedrani, Mucha, Lugaro, Levi-Bianchini, etc; en Russie, de Daraskievictz, Tchisch, Tigges, Tokarsky, Stransky; en Allemagne, de Scholz, Aschaffenburg, Elmiger, Schroder, Gross, Furhmann, etc., etc.

En terminant, nous tenons à signaler particulièrement une récente monographie sur la démence précoce, du Dr Evensen, médecin de l'asile de Trondhjem et enfin à rappeler encore une fois quelle source de précieux renseignements a été pour nous le rapport de notre savant collègue Claus.

---

## CHAPITRE III

### La démence précoce d'après les conceptions actuelles ; étude clinique.

Les considérations historiques qui précèdent, à la vérité très incomplètes, ne permettent guère d'envisager la démence précoce autrement que comme une *entité clinique* à laquelle fait encore défaut une *base anatomique* indiscutable.

La sémiologie clinique de cette affection constitue donc actuellement le chapitre le plus important de son histoire, mais cette sémiologie, telle qu'elle ressort des travaux de l'École d'Heidelberg, est beaucoup trop complexe et trop touffue, pour pouvoir être exposée ici dans tous ses détails ; aussi bien, pour le but que nous poursuivons, n'est-il pas nécessaire d'en tracer le tableau complet ; il nous suffira de montrer que malgré leur grande variabilité, les symptômes de la démence précoce peuvent, en réalité, se grouper de façon à former un véritable *tout nosographique*.

C'est donc à une sorte de vue d'ensemble de la démence précoce à sa période d'état, beaucoup plus qu'à la description didactique de ses diverses modalités, — aujourd'hui du reste bien connues de la plupart des aliénistes, — que sera consacré ce chapitre.

La démence précoce, nous le savons déjà, est une psychose essentiellement caractérisée par un *affaiblissement spécial et progressif des facultés intellectuelles* qui survient le plus souvent chez des *sujets jeunes, jusqu'alors normaux*, s'accompagne fréquemment de *troubles psychiques variés* (excitation, dépression, confusion, conceptions délirantes, hallucinations, etc.) et qui se termine, dans la grande majorité des cas, par l'*abolition de toute espèce d'activité psychique et physique*.

Le début de l'affection, — que nous n'étudierons pas ici, — est habituellement signalé par des *troubles névropathiques protéiformes*, suivis *d'accès délirants polymorphes*, mais ayant

néanmoins certains caractères très particuliers et accompagnés de *symptômes physiques*. (Sérieux.)

Comme la paralysie générale, avec laquelle elle offre tant d'analogies, la démence précoce comporte donc des *signes psychiques* et des *signes physiques ;* les premiers peuvent eux-mêmes être divisés en signes *constants, invariables* ou *fondamentaux* et en signes *épisodiques, variables* ou *accessoires*.

Les troubles psychiques fondamentaux sont l'*affaiblissement des facultés intellectuelles* et les symptômes qui en dérivent ; parmi les troubles psychiques accessoires, nous insisterons seulement sur les *manifestations délirantes*, les *troubles sensoriels* et les *états d'excitation, de dépression et de stupeur*.

**Signes psychiques fondamentaux.** — Démence globale spécifique. — L'*affaiblissement des facultés*, symptôme capital de la démence précoce, présente des caractères spéciaux qui le différencient nettement des autres états démentiels.

Le premier de ces caractères est d'être *primaire*, (ce qui justifie une fois de plus la dénomination de *précoce* donnée à cette variété de démence), c'est-à-dire qu'il entre le premier en scène et précède pour un observateur attentif toutes les autres manifestations de la maladie. En second lieu cet affaiblissement est *global*, car il se montre d'emblée diffus et généralisé aux trois grandes facultés psychiques (sensibilité, intelligence et volonté[1]) ; mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable *spécificité* — il est *électif* parce que tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques, il ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré.

Le déficit intellectuel des déments précoces en effet, *incomplet* quoique *global* au début de l'affection, se manifeste d'abord dans la sphère des sentiments affectifs et moraux et ne s'étend que plus tardivement à celle de l'activité volontaire et à celle des facultés intellectuelles proprement dites, pour devenir *total*, lorsque par les progrès de la maladie toutes les facultés sont anéanties.

1. — Il va de soi que c'est uniquement pour les besoins de la description que nous conservons cette ancienne division psychologique des facultés à laquelle ni la physiologie ni la clinique ne sauraient souscrire.

Cette action élective assigne à la démence précoce une place distincte à côté des deux autres grandes démences, la *paralysie générale* et la *démence sénile*, puisque *primaires* et *globales* toutes les trois, elles diffèrent cependant foncièrement en ce que les *facultés affectives* sont lésées d'une façon prépondérante dans la démence précoce, les *facultés intellectuelles* dans la paralysie générale et la *volonté* dans la démence sénile.

S'il fallait opposer systématiquement ces trois types de démences, on pourrait dire que la démence précoce, au début du moins, est surtout *morale*, la démence paralytique *intellectuelle*, et la démence sénile « *volontaire* ».

Sous l'exagération de ce schéma on voudra bien rechercher quelque vérité, avec cette réserve que chacune de ces démences qu'artificiellement nous voulons spécialiser, est en réalité *globale*.

Troubles de la sphère affective et morale. — Après quelques *modifications* d'abord légères, ensuite plus marquées, *du caractère* (variabilité de l'humeur, instabilité, tendance à la rêverie et à l'isolement, irritabilité), les sentiments affectifs et moraux s'émoussent, puis finissent par disparaître complètement.

L'*apathie*, l'*anesthésie morale*, l'*indifférence émotionnelle* signalée par tous les auteurs — indifférence qui s'étend à tout et à tous — qui se traduit par l'absence de joie et de tristesse, de désir et de crainte ; *les alternatives de dépression et d'excitation*, la *négligence de la tenue*, les *habitudes malpropres*, la *disparition des sentiments de famille*, la *perte de la notion des convenances*, l'*incuriosité*, le *manque absolu d'intérêt* des malades qui ne réclament jamais leur sortie, ne formulent jamais aucune plainte, aucune réclamation, etc. (je signale sans décrire), relèvent trop manifestement d'un engourdissement de la sensibilité morale, lié lui-même à un affaiblissement, quelquefois encore peu marqué de l'intelligence, pour que j'y insiste.

Ainsi que le fait remarquer Masselon, « cet état contraste violemment avec celui des déments paralytiques qui, quoiqu'ayant des troubles plus profonds de la mémoire et de l'intelligence, manifestent de profondes réactions émotives, se montrent tantôt déprimés, voire même anxieux, tantôt se livrent à une joie exubérante ; il contraste également avec la sensiblerie des

déments séniles, émus par le moindre souvenir qui évoque en eux l'image de leurs enfants ou de leurs jeunes années, versant des larmes avec une facilité extrême. La disparition des sentiments affectifs est donc un signe presque pathognomonique de la démence précoce, surtout lorsque ce signe est observé au milieu de nombreux symptômes d'indifférence émotionnelle chez des sujets ne présentant encore que des troubles peu étendus de la mémoire[1] ».

Tandis que le paralytique général au début, conserve souvent, sans du reste s'en affecter, une certaine conscience de sa déchéance (Dupré), le dément précoce ne se rend aucun compte des changements de sa personnalité, ni de l'amoindrissement de son intelligence.

Ajoutons enfin qu'on ne constate pas non plus chez lui rien qui ressemble à l'émotivité morbide des dégénérés. (Sérieux.)

Troubles de l'activité volontaire et automatique. — Si des troubles de la vie affective, nous passons à ceux de l'*activité motrice volontaire* ou *automatique,* le tableau devient encore plus saisissant.

Naturellement, c'est par défaut que l'*activité volontaire* est troublée ; à l'apathie morale correspond l'*aboulie* à tous ses degrés.

Mais la volonté n'est pas seulement lésée comme faculté de se décider à une action ou de mouvoir les membres, elle est encore perdue comme pouvoir d'arrêt des mouvements automatiques qui sont toujours conservés et le plus souvent même exaltés.

C'est à la réunion de ces troubles de l'activité volontaire et automatique qu'on a donné le nom de *syndrome catatonique.*

Les principaux éléments de ce syndrome sont : des phénomènes *d'opposition* plus connus aujourd'hui sous le nom de *négativisme,* des phénomènes de *docilité* auxquels s'applique le terme de *suggestibilité* et enfin des *stéréotypies.*

Je ne dirai que quelques mots de ces trois groupes de phénomènes étudiés l'année dernière par Claus d'une façon très complète.

Le *négativisme* se caractérise à son degré le plus léger par la

1. — Masselon : *Psychologie des déments précoces,* 1902, p. 138.

*lenteur* et l'*hésitation* des mouvements, par les efforts que nécessite l'accomplissement de tout acte commandé ou spontané. L'appareil volontaire ressemble à un mécanisme rouillé qui ne fonctionne que difficilement (Rogues de Fursac) ; c'est l'état décrit par Finzi et Vedrani sous le nom de *contrainte* ou *d'empêchement psychique*, « *intoppo psychico* ». A un degré plus accusé, les malades se font remarquer par une inertie et une inaction complètes. Plongés dans la *stupeur*, ils restent immobiles et raidis durant des journées entières et opposent à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une *résistance invincible*, conséquence de leur *activité négative*.

Moins fréquentes, mais aussi de moindre valeur que celles du négativisme, les manifestations de la *suggestibilité* consistent tantôt dans une simple *docilité* ou une sorte d'*activité imitative* des malades qui exécutent tout ce qu'on leur ordonne, copient mutuellement leurs poses et leurs attitudes, continuent automatiquement des gestes commencés (*automatisme rotatoire*, Bernheim, Meige, *activité positive* de Brissaud), etc.; tantôt dans la conservation des positions qu'on imprime à leurs membres (*attitudes cataleptiformes, activité passive* de Brissaud), la répétition des mots entendus (*écholalie*), des gestes exécutés devant eux (*échomimie, échopraxie*) etc., etc.

Comme le fait judicieusement remarquer Brissaud pour justifier l'emploi de ces mots un peu contradictoires d'*activité positive*, d'*activité passive* etc., le cataleptique a perdu toute spontanéité, mais il consent encore à exécuter l'action *matérielle* que lui impose *matériellement* une impulsion étrangère. Il *subit* cette impulsion et il s'y *conforme* lorsqu'elle est assez puissante pour qu'il éprouve moins de peine à s'y soumettre qu'à s'y dérober. Aussi la caractéristique de la catalepsie n'est pas l'inactivité : c'est la *passivité* ou mieux encore l'*inertie*, au sens propre de ce terme [1].

L'affinité de ces deux groupes symptomatiques (négativisme et suggestibilité) n'est pas contestable car on les voit souvent alterner ou coexister chez les mêmes malades ; tous deux du reste peuvent être rapportés à un même processus psycho-pathologique fondamental, la perte de *l'activité volontaire, l'aboulie* et la

1. — Brissaud : *La Catalepsie symptomatique*, in-Progrès Médical, 1903, n° 1.

*persistance d'une certaine activité automatique, irraisonnée* et *inconsciente.*

Cette désagrégation psychique est encore plus accentuée dans les phénomènes de *stéréotypie,* caractérisés par la *répétition* incessante et indéfinie des *mêmes gestes,* des *mêmes mots,* lesquels s'intercalent dans tous les membres de phrases (réaction de persévération), des *mêmes grimaces* (froncement des sourcils, clignement d'yeux, battements des paupières, mouvements de succion, protrusion des lèvres); des *mêmes tics,* des *mêmes manies* ou façons singulières de parler, de manger, de s'habiller, de marcher, etc.

A côté des *stéréotypies* et comme autres manifestations de *l'exagération* de *l'automatisme* chez les déments précoces, il nous faut encore signaler leur *besoin continuel de mouvements, de gesticulations désordonnées,* sans but, sans troubles émotionnels adéquats, gesticulations qui se prolongent d'une façon ininterrompue pendant des jours, des semaines et des mois; leur *impulsivité,* leurs *fugues irrésistibles,* leurs *crises convulsives,* leurs *explosions* de *rires* ou de *pleurs,* etc., etc.

Tous ces troubles moteurs, il est à peine besoin de le dire, sont loin d'être pathognomoniques, ils s'observent dans beaucoup de maladies mentales, mais c'est seulement dans la démence précoce qu'ils atteignent leur plus haut degré de développement et se présentent à l'état de phénomènes élémentaires, automatiques, qui ne s'expliquent qu'à la condition de tenir compte du fond mental dont ils relèvent. (Séglas.)

Comme l'a indiqué P. Masoin, ils se produisent d'une façon explosive, comme des décharges brusques, instantanées, dépourvues de but et de signification et sans relation aucune avec des idées délirantes, des hallucinations ou des troubles émotionnels.

« Cette manière de comprendre la catatonie rend compte des conditions apparemment si diverses de son apparition : elle permet d'expliquer la variabilité si grande de ses manifestations suivant les sujets ; elle rend compte aussi des modifications qui se présentent chez un seul et même malade : automatisme des cellules motrices qui se traduit par des tics d'étendue variable, automatisme des centres moteurs qui produit des actes plus ou moins complexes (impulsions, crises) et dans un ordre opposé

de faits : état cataleptique, négativisme, oppositions diverses[1]. »

Mais de tels phénomènes d'automatisme, ainsi que le fait observer Séglas, ne peuvent être que des corollaires. La condition première qui en constitue le substratum, c'est l'insuffisance permanente ou épisodique, partielle ou généralisée, de cohésion entre les éléments divers qui constituent l'agrégat de la personnalité; c'est, dirons-nous à notre tour avec Meynert, Brissaud, Meige, etc., une *insuffisance corticale* coïncidant avec *une hyperexcitabilité des centres sous-corticaux.*

Troubles de la sphère intellectuelle. — Cette insuffisance corticale trouve sa plus haute expression dans les troubles de la *sphère intellectuelle proprement dite* dont il nous reste à parler et qui se manifestent par des altérations de l'*attention spontanée* et *volontaire,* de la *mémoire,* de la *réflexion,* du *jugement,* de l'*association des idées,* etc., etc.

Les *troubles de l'attention* ont été bien étudiés par Masselon qui les considère comme caractéristiques : les malades sont incapables de s'appliquer à aucun travail, de lire, de fixer leur esprit sur un objet, etc. En ayant recours à la méthode des tests psychologiques et aux opérations de tête de Sommer, Masselon a constaté un *allongement des temps de réaction,* déjà beaucoup plus longs que la normale d'ailleurs, avant toute fatigue — ce qui permet d'affirmer que la mémoire, le jugement, l'association des idées, pour ne parler que des principales facultés intellectuelles, sont troublées en quelque mesure, car elles interviennent également dans ces opérations.

Les *troubles de la mémoire* portent à la fois sur la reproduction des souvenirs anciens et sur la faculté de fixer de nouvelles images. Les *souvenirs anciens,* surtout ceux qui relèvent plus ou moins de l'automatisme, peuvent persister assez longtemps. Joffroy insiste volontiers sur la conservation prolongée de la *mémoire du calcul* chez les déments précoces, ce qui contraste avec la perte élective et prématurée des *souvenirs arithmétiques* chez les déments paralytiques[2].

1. — P. Masoin : *Remarques sur la Catatonie,* in-Journ. de Neurologie, 1902, n° 4.

2. — Cornillot : *De la perte de mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux.* Th. Paris, 1904.

Il en est de même des *noms propres*, des *faits saillants* de l'histoire, dont le souvenir si rapidement perdu par les déments paralytiques ou séniles, peut être au contraire assez facilement évoqué chez les déments précoces, même à une phase avancée de la maladie. Par contre, les souvenirs plus complexes qui exigent une activité psychique réelle, disparaissent très rapidement.

La faculté de fixer de *nouvelles images* est complètement abolie. On peut s'en assurer facilement en faisant lire aux déments précoces quelques lignes d'un journal ou d'un livre ; presque toujours ils se montrent incapables d'en reproduire autre chose que les derniers mots ou d'en fournir la moindre explication.

Cette impossibilité de fixer de nouvelles images apparaît encore clairement dans leur *verbigération écrite ou parlée*, leur *jargonaphasie*, leurs *néologismes*, etc. La stéréotypie du langage ne reconnait peut-être pas d'autre cause que la fixation automatique de certaines images aux dépens des autres. (Masselon.)

Il existe également chez les déments précoces quelques *troubles de l'orientation*. La plupart de ces malades, les déments paranoïdes exceptés, n'ont pas conscience du milieu dans lequel ils vivent, ils n'ont aucune notion du temps et ne savent ni leur âge, ni le millésime de l'année.

Il nous faut enfin signaler les *modifications de l'association des idées* que révèle d'une façon si saisissante le langage des malades, modifications qui ont fait dire à Meeus que ce qui caractérise spécialement leur cérébration, c'est un trouble dans la vie psychique associative :

« Les concepts existent en tant qu'unités mais ils sont disloqués, isolés l'un de l'autre, ils éclatent comme des pétards » à droite et à gauche ; c'est comme un piano mécanique » détraqué où les notes s'enchevêtrent dans une cacophonie » étrange, non parce que la manivelle est tournée trop vite » mais parce que dans ce mécanisme les notes partent au hasard.

» Non seulement l'association régulière et l'unité générale » sont brisées, de sorte que le langage devient d'une incohérence déconcertante, mais il y a comme une véritable folie » de l'association qui se fait par des voies anormales, si bien » que les idées dévient à tout moment et ne se relient que par la

» même assonnance de certains mots, par des rimes, des syno-
» nymes, etc., et aussi, phénomène non moins curieux, par
» opposition, par antithèse, une idée agréable appelant immédia-
» tement une idée triste, etc.[1]. »

Tels sont, brièvement esquissés, les principaux aspects sous lesquels peut se présenter l'affaiblissement des facultés intellectuelles chez les déments précoces.

Cet affaiblissement constitue, ainsi que nous l'avons déjà signalé, le fondement même de la maladie, ce qui veut dire qu'il en est à lui seul la *condition nécessaire* et *suffisante*.

Lorsqu'il existe à l'*état isolé* pendant tout le cours de l'affection, sans véritables conceptions délirantes, sans hallucinations et surtout sans phénomènes marqués d'excitation, on se trouve en présence d'une forme en quelque sorte *atténuée* ou *fruste* de la démence précoce (*forme simple* de Sérieux, *hébéphrènie légère* ou *mitigée* de Christian). Les autres variétés cliniques de l'affection auxquelles il a été fait allusion dans le premier chapitre : la *catatonie*, l'*hébéphrènie*, la *démence paranoïde* résultent, au contraire, de l'*association de cet affaiblissement des facultés avec d'autres troubles psychiques* moins importants, mais que nous ne saurions cependant passer sous silence.

**Signes psychiques accessoires.** — Ces *troubles psychiques accessoires*, quelquefois transitoires, parfois au contraire assez persistants, sont des *manifestations délirantes variées*, des *hallucinations* et surtout des *états particuliers d'excitation*, *de dépression* ou *de stupeur* qui, dans certains cas, occupent le premier plan de la scène morbide et impriment à la maladie un cachet tout à fait spécial.

Manifestations délirantes. — C'est principalement dans l'*hébéphrènie* et dans les *deux variétés de la démence paranoïde* de Kræpelin que s'observent les *manifestations délirantes*. Leurs caractères sont un peu différents dans chacune de ces formes morbides.

Dans l'hébéphrènie et dans la *1re variété de la démence paranoïde (démence paranoïde proprement dite)* qui comprend les

1. — Meecs : *De la démence précoce*, in-Journ. de Neurologie, 1902, n° 22.

formes décrites en France sous les noms de délire polymorphe, de délire d'emblée, de paranoïa aiguë, les conceptions délirantes ne présentent rien de spécial en ce qui concerne leur contenu : les plus fréquentes sont des *idées de richesses, de grandeur* ou *de persécution* et aussi des *idées hypochondriaques, mystiques, érotiques,* etc. ; elles sont foncièrement *polymorphes* et *asystématiques*. Par leur multiplicité, leur niaiserie, leur extravagance elles égalent, si même elles ne dépassent, celles du paralytique général (Séglas). Elles se montrent surtout aux premières phases de la maladie, ne déterminent pas de réaction émotive adéquate à leur contenu *(ataxie intra-psychique* de Stransky) et disparaissent en général assez rapidement, en laissant à nu le fond démentiel sur lequel elles sont greffées.

Dans la 2me variété de la démence paranoïde — sa légitimité est discutée plus loin — qui a été constituée par Krœpelin aux dépens de la paranoïa et qui comprend tous les *délires systématisés hallucinatoires chroniques* (y compris le *délire chronique de Magnan),* les conceptions délirantes sont plus cohérentes, moins mobiles, plus tenaces et persistent en général pendant un assez grand nombre d'années : elles s'accompagnent, en outre, comme chez tous les paranoïaques, d'une *exagération du sentiment de la personnalité,* consistent surtout en *idées de persécution et de grandeur* qui deviennent peu à peu stéréotypées et dont l'expression verbale est le plus souvent illustrée de *néologismes,* de *jargonaphasie* et de *gestes cabalistiques*.

Troubles sensoriels. — Ils accompagnent les idées délirantes et se rencontrent, par conséquent, dans les mêmes formes démentielles, mais leur existence est beaucoup plus nette et plus accusée dans la démence paranoïde (2me variété) que dans l'hébéphrénie. Les plus fréquents consistent en *hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale ;* plus rarement on observe des hallucinations des autres sens ou du moins leur existence est loin d'être toujours facile à mettre en évidence et, à vrai dire, elles ne se présentent pas avec des caractères assez tranchés pour retenir l'attention.

États d'excitation, de dépression et de stupeur catatoniques. Les réactions psycho-motrices les plus variées peuvent s'ob-

server dans toutes les formes de démence précoce, mais au contraire des troubles psychiques que nous venons d'examiner, c'est assurément dans la forme catatonique que leur rôle est prépondérant.

Ordinairement passagers, transitoires et éphémères dans l'hébéphrènie et surtout dans la forme paranoïde l'excitation ou la stupeur peuvent persister dans la catatonie pendant des semaines, des mois et même des années. Presque toujours l'*excitation* est à la fois *intellectuelle* et *motrice ;* l'excitation intellectuelle se manifeste par une *loquacité* intarissable, consistant dans un *verbiage incohérent* où les mots s'accolent les uns aux autres sans aucune suite (salade de mots), dont certains sont *employés à contre-sens*, d'autres *déformés* (jargonaphasie), *forgés de toutes pièces* (néologismes) ou *répétés à satiété* (verbigération).

Je n'insiste pas sur ces différents troubles du langage dont Masselon et quelques autres auteurs ont publié des spécimens tout à fait typiques ; en voici cependant un exemple recueilli chez une malade de mon service, mais ce qu'il est impossible de reproduire, c'est la rapidité, la volubilité et le ton tour à tour enjoué, larmoyant, pathétique, déclamatoire, inadéquat aux idées exprimées, avec lesquels sont débitées ces enfilades de mots, qui ne parviennent à constituer que des tronçons de phrases grammaticalement correctes, mais complètement vides de sens :

France, je vous remercie, *seul* le violet pour la Légion d'honneur, Madame je vous salue ; Monsieur je vous remercie, *seuls* nous pourrons étudier *nous-mêmes*, offrir pour les Quinse-Vingts à *nous-mêmes* pour offrir la brioche pour demain. *Nous-mêmes* au nom d'un pape, je vous salue, je vous remercie, au nom d'un pape, j'ai reçu même l'héliotrope à cause de vous devant mon père. *Seule* devant moi, *seule* pour sûr du pape. *Seules* les sœurs qui nous permettaient d'y entrer, d'ici avaient des pianos. France et Anglais — (paroles incompréhensibles) — à cause d'un pape pour avoir mérité *moi-même* la légion d'honneur, nous reconnaissons l'électricité *seule moi-même* Mathilde-Léontine B..., générale devant mon père avoir reconnu les groseilles pour *moi-même* devant St-Cyr *même* avoir reçu l'Empereur pour la France, *seule* avoir remarqué *même* son pied pour l'Empereur *même* pour l'Egypte s'il veut nous la redonner avoir reconnu l'Empereur. *Même* pour un cheval, j'aime trop les chevaux, vous devez ici-*même* me *saluer moi-même* si l'on veut *moi-même*, me *saluer moi-même* pour une vierge *moi-même*,

me soigner *moi-même* ici. Et *seule moi-même*, ma signature *moi-même* ne peut signer plusieurs fois *moi-même*. Mathilde-Léontine B..., générale.

Le désordre qu'on observe dans les discours des déments précoces se retrouve dans leurs ***attitudes***, dans leurs ***actes***, et toute ***leur manière d'être (agitation motrice)***.

Outre leur physionomie mobile, leurs cheveux en désordre ou disposés de façon à composer des coiffures étranges, les femmes (visées surtout dans cette description) affectent de se découvrir la poitrine et les bras, quand elles ne se montrent pas complètement nues ; elles se dressent droites sur leurs lits, l'arpentent en tous sens, grimpent sur les barreaux, inconscientes du danger, prennent des ***attitudes de sphinx***, d'***athlète***, de ***crucifiement***, etc., ou bien se ***drapent à l'antique*** dans leurs couvertures, ***miment des scènes de comédie***, passent brusquement de la gaieté au désespoir, etc.

Lorsqu'à cette agitation motrice extravagante, qui peut se prolonger plusieurs semaines et plusieurs mois fait place une période de calme et de répit, les malades se ***dissimulent complètement sous leurs draps, le tronc et les membres repliés sur eux-mêmes, les genoux touchant souvent le menton, la tête toujours enfouie au milieu du lit ;*** elles ressemblent ainsi aux serpents de nos muséums, indifférentes au va et vient de la salle, aux visites et à tous les bruits du dehors. Malgré leur calme apparent, ces malades diffèrent totalement de celles qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur parce que, à l'encontre de celles-ci, brusquement, instantanément, sans que rien puisse faire prévoir un pareil revirement, elles s'élancent hors de leur lit et recommencent toute la série des extravagances énumérées plus haut.

Leurs compagnes en ***état de stupeur*** gardent, au contraire, invariablement ***la même position*** : levées ou couchées, elles restent durant tout le jour ***immobiles, raidies, figées***, le plus souvent dans des ***attitudes pénibles*** ou ***fatigantes***, la ***physionomie inerte***, le ***regard vague***, la ***tête légèrement inclinée sur le tronc***, ne reposant presque jamais sur l'oreiller, les bras ramenés le long du corps, les membres tantôt ***résistants, impossibles à déplacer ;*** tantôt ***mous, flexibles*** et ***conservant les attitudes*** qu'on leur donne. Insensibles à toutes les excitations extérieures, les

malades en état de stupeur *voient, entendent, comprennent* et cependant elles ne répondent pas aux questions et se montrent incapables d'*ouvrir la bouche,* de *tirer la langue,* de *donner la main :* souvent on constate une ébauche des mouvements nécessaires à l'accomplissement de ces actions, la face se colore, devient anxieuse ; puis ces mouvements *de reptation* s'arrêtent et le peu de terrain gagné est subitement perdu par l'arrivée d'une brusque *contraction antagoniste.* Place-t-on entre les mains d'une semblable malade un crayon, un objet quelconque, elle le laisse échapper ou le tient machinalement, sans chercher à se rendre compte de son usage, comme dans les cas d'abolition du sens stéréognostique. Cet état d'indifférence et d'incuriosité de la *main négativiste* est une confirmation de la loi de Brissaud et P. Marie ; il prouve que l'*appétit de la fonction est étroitement lié à l'intégrité de son exercice,* et que, au moins dans le *domaine de l'activité psychique supérieure la perte des moyens d'exécution peut entraîner l'oubli même de la fonction paralysée.* (Dupré, in-Traité de pathologie mentale, 1903, p. 177.)

C'est à un degré beaucoup plus accentué ce qui se passe dans la maladie de Thomsen (cité par Schnyder) où d'après cet auteur « la liberté de mouvement est paralysée par la seule représentation de ce mouvement, par la pensée la plus fugitive s'y rattachant, tandis que l'absence ou la dérivation d'une sollicitation active de la pensée, une disposition d'esprit gaie, mais sans émotion, rendent à la volonté sa liberté d'action. Dans le premier cas il y aurait impossibilité absolue, quand bien même tous les trésors du monde seraient en jeu, d'exécuter un mouvement voulu, d'une manière voulue, même si ce mouvement consistait simplement à saisir une carafe à table et à s'en verser un verre d'eau [1] ».

Dans les cas de *stupeur complète,* les injonctions, les sollicitations les plus pressantes ne sont suivies d'aucune réaction motrice ou vaso-motrice. La physionomie reste *morne,* avec parfois une ébauche de rictus, mais toutes les autres parties du corps gardent une *immobilité de statue ;* on peut alors diriger contre les malades *la pointe d'un instrument tranchant,* toucher

1. — Schnyder : *La recherche du réflexe rotulien chez les névropathes,* in-Journ. de Neurologie, 1903, n° 8.

leurs *globes oculaires avec l'extrémité d'une aiguille* sans qu'elles donnent le moindre signe de frayeur. Seule, la *réflectivité automatique* persiste, la *psycho-réflectivité* est totalement absente. Leur impassibilité *apparente,* sinon *réelle,* est telle qu'on pourrait faire défiler devant elles un régiment, musique en tête, sans qu'elles y prêtent la moindre attention.

Il faut noter cependant que les malades en état de stupeur ne sont souvent étrangers qu'en apparence à ce qui passe autour d'eux, car dans leurs rares et courts intervalles lucides, ils témoignent quelquefois par leurs réflexions ou leurs remarques que pour avoir assisté en spectateurs muets et impassibles aux événements, ils les ont cependant connus et enregistrés.

Ces états de stupeur, comme les états d'excitation décrits plus haut s'observent — tout le monde en convient — en dehors de la démence précoce ; mais c'est dans cette affection seulement qu'ils se présentent avec le caractère de phénomènes automatiques, sans relation avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment de troubles émotionnels.

Quand on interroge, en effet, ces malades dans leurs périodes de rémission ou dans leurs intervalles lucides, sur la raison des bizarreries de leur conduite et de leurs attitudes, ou bien ils balbutient des excuses insignifiantes, ou bien ils avouent qu'il leur était impossible d'agir autrement ; mais ce qu'ils n'avouent pas, parce qu'ils ne s'en rendent pas compte, c'est qu'ils n'en avaient ni le *désir* ni la *volonté*.

Ce qui justifie encore une fois l'opinion de Séglas, que la seule explication plausible des symptômes catatoniques de la démence précoce ne doit pas être cherchée ailleurs que dans « le fond mental sur lequel ils reposent : fond commun à toutes les variétés de la maladie et caractérisé surtout par la ***passivité de l'esprit, l'aboulie, la perte de l'activité intellectuelle, la lenteur des processus psychiques et l'affaiblissement progressif de la synthèse mentale*** [1] ».

**Signes physiques.** — Je ne ferai guère que les mentionner car, malgré les minutieuses investigations dont ils ont été l'objet

1. — Séglas : *Démence précoce et Catatonie*. in-Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière, 1902, n° 4.

depuis quelques années, les *signes physiques* de la démence précoce n'ont pas encore acquis une réelle valeur sémiologique.

Du côté de la *motilité*, on ne constate aucune modification appréciable. L'*inertie* et l'*inaction* de quelques-uns des malades, les *états d'hypertonie*, *d'hypotonie* ou *d'agitation motrice* de quelques autres, leur *impulsivité*, etc., appartiennent trop manifestement à la catégorie des *troubles d'origine psychique*, aux *myopsychtes* du professeur Joffroy, pour mériter de figurer ici.

La même remarque s'applique aux altérations de la *sensibilité* ; à la vérité, les malades déprimés ou stuporeux réagissent peu ou pas aux *excitations douloureuses*, mais cette absence de réaction ne correspond pas à une *analgésie* véritable ; elle est, vraisemblablement, la conséquence de l'*esprit d'opposition* habituel à la plupart d'entre eux.

Les troubles de la *sensibilité subjective* paraissent également faire défaut chez ces sujets, ils n'accusent jamais spontanément aucun malaise ; mais il faut tenir compte de leur apathie, de leur indifférence, et peut-être y a-t-il lieu de faire quelques réserves au sujet de cette prétendue absence de manifestations douloureuses ? Quelques-uns nous ont paru éprouver des douleurs de tête paroxystiques, mais il pouvait, il est vrai, s'agir d'une simple association morbide, de migraine ou de névralgies surajoutées et indépendantes en réalité de la maladie.

Les modifications de la *réflectivité* sont beaucoup plus nettes ; presque tous les auteurs ont constaté une *exagération des réflexes tendineux*, surtout *des réflexes rotuliens* et cela principalement chez les sujets en état de stupeur ou de demi-stupeur.

D'après Sérieux et Masselon, le *réflexe du poignet* serait aussi fréquemment exagéré que le patellaire (dans 70 °/₀ des cas environ) et chez les mêmes malades (hébéphréno-catatoniques).

Quant aux *réflexes cutanés*, ils sont faibles ou abolis dans la moitié des cas (Sérieux et Masselon) ; dans mon service, le *cutané plantaire* a été trouvé diminué dans 71,4 °/₀ des cas.

L'*affaiblissement* des *réflexes lumineux* et *accomodateur* de la pupille a été observé par les mêmes auteurs dans 78 °/₀ des cas ; mais il faut noter qu'on n'a jamais constaté la *disparition*

complète de ces réflexes, non plus que le *signe d'Argyll-Robertson*. La proportion des cas dans lesquels nous avons constaté un *trouble des réactions de la pupille à la lumière* et *à la distance* est un peu plus faible que la précédente (58,3 °/₀ pour le réflexe lumineux et 41,6 °/₀ pour le réflexe accomodateur).

D'autre part, les *dimensions* de la pupille sont très variables ; la *mydriase* s'observerait chez un peu plus des deux tiers des sujets (76,9 °/₀), le *myosis* est exceptionnel, ainsi que l'*inégalité des diamètres pupillaires,* à la condition de ne tenir compte que des faits dans lesquels cette *inégalité* est *permanente.*

Somme toute, les modifications observées du côté des pupilles ont une signification beaucoup moins nette que dans la paralysie générale.

Ajoutons que tout récemment Dide a noté *des alternatives d'anémie* et de *congestion de la papille,* d'aspect généralement grisâtre, chez la moitié environ de ses malades, et cela, un peu plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

Comparés à ceux de la paralysie générale les *troubles de la parole* peuvent être considérés comme nuls : les seules particularités susceptibles d'être notées sont la *rapidité du débit,* l'*emphase,* le ton *déclamatoire, théâtral* ou *puéril* des discours chez les malades excités ; au contraire, chez les malades déprimés ou stuporeux, la parole n'est émise qu'à *voix basse et indistincte* quand elle n'est pas complètement *abolie ;* même à la période terminale il n'existe pas de *dysarthrie* mais le langage des malades à cette période ne consiste souvent qu'en grognements ou en sons inarticulés.

Les *troubles sphinctériens* qui s'observent d'une façon *intermittente* à toutes les périodes de la maladie et qui deviennent *permanents* seulement à la phase de démence totale, sont liés à des *altérations de la personnalité consciente et volontaire,* beaucoup plus souvent qu'à des *lésions des centres corticaux ano-vésicaux.*

Ajoutons qu'en l'absence de complications on ne constate jamais chez les déments précoces, comme chez les déments paralytiques, une véritable *impotence* des membres inférieurs.

Les *troubles vaso-moteurs et trophiques* sont assez fréquents. Un grand nombre de négativistes présentent de la *cyanose* et du *refroidissement* permanent des extrémités; à certains moments leur visage se colore brusquement et prend l'*aspect vultueux* que l'on constate chez beaucoup de paralytiques généraux, surtout après les repas.

En outre des *œdèmes localisés* déjà signalés par Krœpelin, Dide a décrit sous le nom de *pseudo-œdème catatonique* une infiltration particulière du tissu cellulaire du dos du pied, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, qui débute à la racine des orteils pour se terminer autour du cou de pied

Beaucoup plus rarement observée à la face dorsale des mains, cette infiltration qui ne garde pas l'empreinte du doigt, serait liée à des troubles de la circulation cérébrale avec répercussion sur le fonctionnement de la glande thyroïde et peut-être de quelques autres glandes vasculaires sanguines [1].

Dide a encore noté chez les mêmes malades une tendance à la *formation de vésicules* sur un fond d'*aspect purpurique*. (Communication orale.)

Un trouble vaso-moteur qui mérite une plus grande attention à cause de sa grande fréquence, c'est le *dermographisme*.

Séglas, qui l'a particulièrement étudié, a constaté que, sans être rare chez les aliénés et d'une façon générale chez tous les névropathes, ce phénomène était cependant beaucoup plus commun chez les déments précoces. Avec son élève Darcanne, il l'a noté dans 66 °/₀ des cas d'hébéphrénie et de catatonie réunis, et dans 100 °/₀ des cas de catatonie pure. Cette proportion tombe à 30 °/₀ dans la démence paranoïde [2].

D'après les recherches qui ont été faites dans mon service par mon interne Maillard et par un de mes élèves, Arbinet, le dermo-

1. — Pendant la correction de ces épreuves, nous devons à l'obligeance de MM. Sérieux et Mignot communication d'un travail dans lequel ces auteurs établissent que sur 23 démentes précoces de la maison de santé de Ville-Evrard, ils en ont trouvé 7 qui ne présentaient pas de pseudo-œdème, 8 chez lesquelles les tendons extenseurs du dos du pied étaient masqués par l'abondance et la laxité du tissu cellulaire sous-cutané (sans véritable pseudo-œdème) et enfin 8 qui avaient réellement du pseudo-œdème. Sérieux et Mignot ajoutent que ce pseudo-œdème s'observe en dehors de la démence précoce, dans la mélancolie, les délires systématisés, la démence sénile, la folie périodique, etc.

2. — Séglas et Darcanne : *Le dermographisme chez les aliénés*, in-Ann. Méd. Psych., 1902, n° 1.

graphisme (avec ou sans relief) existe dans 93 °/₀ des cas de démence précoce sans distinction de formes.

Séglas a également observé chez un certain nombre de ses malades des *alternatives d'engraissement* et *d'amaigrissement rapides,* qui surviennent sans cause appréciable et sans rapport saisissable avec l'évolution de l'état mental ; nous avons fait la même remarque.

Les *troubles de la menstruation* sont très fréquents ; d'après Masselon, pendant la période aiguë de la maladie, les règles sont, en général, complètement supprimées.

L'examen des différents *liquides* ou *humeurs* de l'organisme a fourni également quelques résultats intéressants.

Dide et Chenais ont pratiqué la *numération des globules blancs du sang ;* ils ont trouvé les *polynucléaires diminués* dans 5 cas, *normaux* dans 9, et *augmentés* dans 4 cas ; un résultat plus net a consisté dans l'*augmentation du nombre des éosinophiles* (12 cas), qui s'est élevé à 3,4 au lieu de 1 °/₀.

En ce qui concerne le *liquide cephalo-rachidien,* Dupré et Devaux, Séglas et Nageotte ont démontré l'*absence de lymphocytose* et de réaction albumineuse, contrairement à ce qui s'observe chez les paralytiques généraux ; ici encore quelques réserves s'imposent. Chez 2 ou 3 malades de la Salpêtrière, le liquide céphalo-rachidien contenait un assez grand nombre d'éléments figurés.

L'*urine* des déments précoces ne contient habituellement ni *sucre,* ni *albumine,* ni aucune substance anormale ; mais on observe des modifications assez importantes de sa *composition* et de la *diurèse.*

Chez une femme catatonique, Crocq a constaté une *diminution de la quantité des urines* (600 à 800 gr. par 24 heures), une *augmentation de sa densité,* une *hyperchlorurie considérable* (15 à 25 gr.), une *hypophosphaturie notable* et une *diminution* très marquée de l'*élimination de l'urée* [1].

Dide et Chenais, dont les recherches ont porté sur les urines

1. — Crocq : *Consid. sur la Catatonie,* Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique, 1902, p. 206.

de 18 déments précoces (11 hommes et 7 femmes), ont également observé une *diminution de la quantité des urines* avec augmentation *de leur densité* et une *diminution très nette de l'urée*. Quant à la *teneur* des urines en *phosphates* et en *chlorures*, évaluée par 24 heures et non ramenée au litre, elle était ou *normale* ou *voisine* de la normale.

D'après Dide la *diminution de la quantité des urines* s'observerait surtout chez les *négativistes* et serait remplacée par de la *polyurie* chez les *excités catatoniques*. (Communic. orale.)

Sur 15 malades femmes de mon service, les recherches urologiques faites par mes internes Maillard et Monnier et renouvelées plusieurs fois sur chacune d'elles, ont donné des résultats un peu différents. Pour ces auteurs la *quantité d'urine* émise en 24 heures est *notablement diminuée* ; dans les 2/3 des cas elle a oscillé de 400 à 600 gr. par jour.

Chez plus de la moitié des malades la *densité des urines* a été trouvée *supérieure* à 1023 ; elle a atteint une fois 1034.

La *quantité d'urée* excrétée *dans les 24 heures* a varié de 5 à 12 gr. (au lieu de 25 à 30 gr. chiffre normal) ; celle des *phosphates* de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 (au lieu de 2 gr. 50 à 3 gr.) ; celle des *chlorures* de 7 gr. 74 à 10 gr. (au lieu de 12 à 14 gr.).

Ajoutons que des analyses comparatives faites sur un certain nombre de malades, non démentes précoces, placées dans la même salle, soumises au même régime alimentaire et vivant dans les mêmes conditions, ont fourni des résultats complètement différents.

Il semble donc, d'après ces auteurs, qu'il y ait réellement une *formule urinaire de la démence précoce*, caractérisée à la fois par de l'*hypoazoturie*, de l'*hypophosphaturie* et une légère *hypochlorurie ;* mais il est probable que cette formule n'est pas toujours la même aux différentes périodes de la maladie et c'est peut-être là qu'il faut chercher la cause des résultats un peu divergents obtenus jusqu'ici par les expérimentateurs.

Ajoutons, pour en finir avec les modifications de la fonction rénale que, dans ces derniers temps, d'Ormea et Magiotto ont fait connaître les résultats de leurs recherches sur l'état de la perméabilité du rein.

D'après ces auteurs, l'*élimination du bleu de méthylène est*

*toujours retardée;* l'urine n'est colorée d'une façon très intense que vers la 8e ou la 12e heure et ne cesse de l'être qu'après la 100e ou la 130e heure. La courbe est polycyclique et discontinue.

Dans les formes hébéphrèniques l'élimination s'éloigne moins de l'état normal que dans les deux autres variétés de démence précoce.

Dans la forme paranoïde, le début de l'élimination est assez rapide, mais sa durée est prolongée. Dans la catatonie il y a retard à la fois du début et de la fin de l'élimination.

Pour les mêmes auteurs *l'élimination de l'iodure de potassium* par l'urine et la salive des déments précoces subit aussi un certain *retard ;* celui-ci est plus marqué chez les catatoniques et les paranoïdes que chez les hébéphrèniques[1].

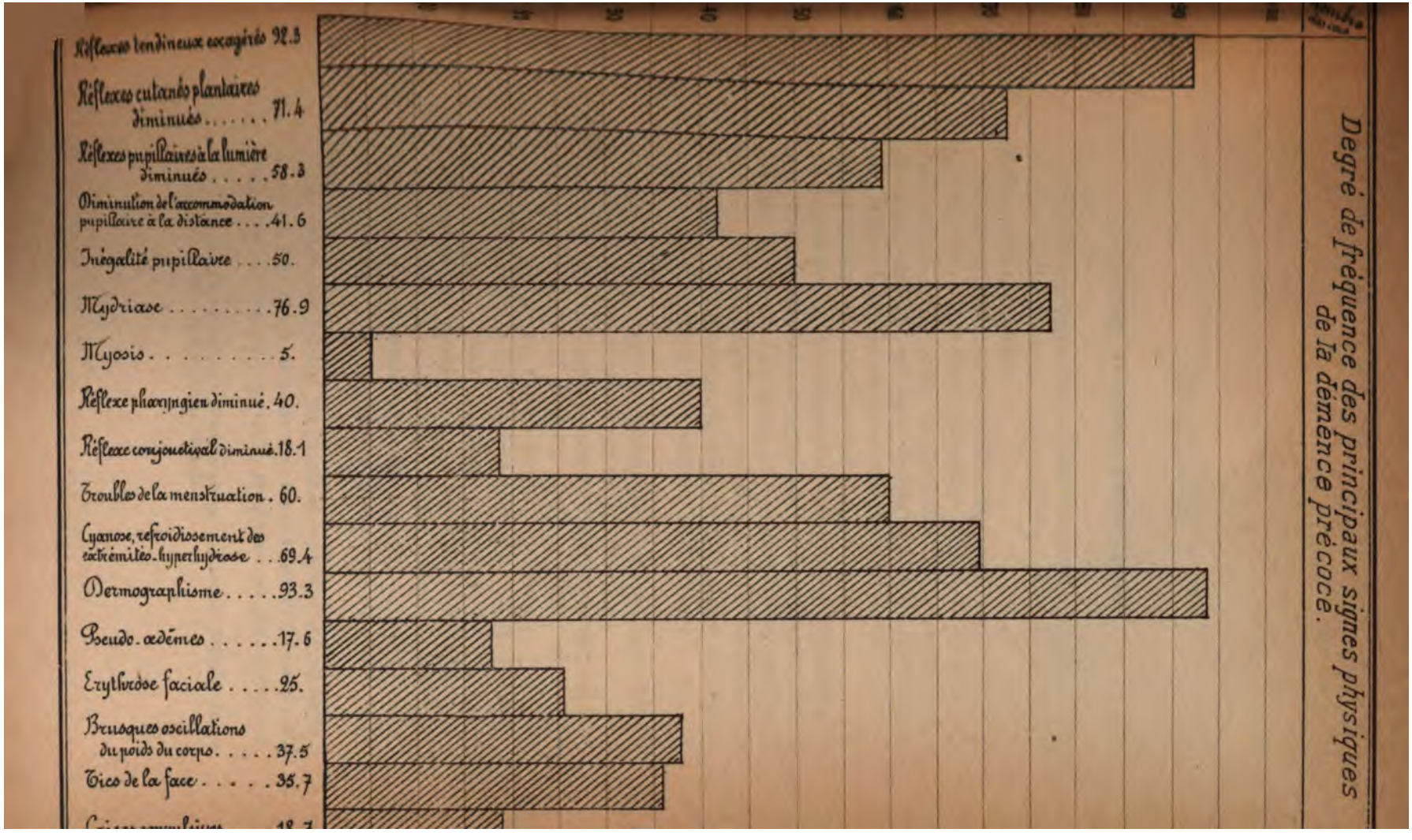
Mes internes Maillard et Monnier ont également étudié l'état de la perméabilité du rein au moyen des injections de bleu chez plusieurs malades de mon service. Ils ont constaté : 1° le *retard de l'apparition du bleu* dans les urines ; 2° le *retard du moment de l'élimination maxima ;* 3° la *prolongation de l'élimination.* Ces résultats sont sensiblement concordants avec ceux des auteurs italiens.

Le tableau ci-après indique le degré de fréquence de quelques autres signes somatiques de moindre importance.

Les signes physiques que nous venons de passer en revue sont notablement plus fréquents et plus accusés dans les formes catatoniques et hébéphrèniques de la démence précoce que dans la forme paranoïde. Ils appartiennent surtout à la période d'état de la maladie et diminuent en nombre et en intensité à la période terminale (Sérieux et Masselon).

Leur valeur siméologique est encore actuellement difficile à préciser ; il semble bien cependant, d'après l'étude comparative qui a été faite de ces mêmes signes dans quelques autres formes d'aliénation mentale qu'ils sont plus nombreux et plus accusés dans la démence précoce que dans les autres psychoses ; mais il faut reconnaître qu'aucun d'eux, pris isolément, ne peut être considéré comme pathognomonique et que c'est seulement par leur réunion et leur permanence qu'ils peuvent apporter une utile contribution au diagnostic.

1. — d'Ormea et Magiotto : *Recherches sur les échanges organiques chez les déments précoces analysés,* in-Revue de Neurologie, 15 mai 1904.




Degré de fréquence des principaux signes physiques de la démence précoce.

# CHAPITRE IV

## Étude anatomo-pathologique.

Si la démence précoce est aujourd'hui nettement caractérisée au point de vue clinique, il n'en est pas encore de même au point de vue anatomique.

La pénurie de documents relatifs aux lésions de la démence précoce n'a rien du reste qui puisse surprendre étant donné, d'une part, le peu de temps depuis lequel l'attention est attirée sur cette affection envisagée comme une entité morbide et, d'autre part, la longue survie des malades dont on n'a que rarement l'occasion de faire l'autopsie.

Laissant de côté les constatations anatomiques déjà anciennes de Hecker, de Kahlbaum et de quelques autres auteurs, dont on trouvera la relation dans toutes les monographies de la démence précoce, nous emprunterons à l'important travail de Klippel et Lhermitte [1], paru au commencement de cette année, les principaux éléments de cette étude anatomo-pathologique.

Voici d'abord, d'après ces auteurs, les renseignements fournis par *l'examen macroscopique* des centres nerveux :

Les *méninges* crâniennes présentent leur coloration et leur épaisseur normales ; la *pie-mère* s'enlève facilement sur toute la surface du cortex. Cette intégrité des méninges était déjà établie cliniquement par l'absence habituelle d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien. Les *vaisseaux* de la base du *crâne* ne sont le siège d'aucune altération appréciable.

Le *cerveau,* dans son ensemble, offre sa configuration normale, sauf quelques modifications morphologiques des sillons et des circonvolutions qui sont généralement grêles et comme atrophiées.

Les *ventricules* ne sont pas dilatés et les parois en sont lisses ; d'après L. Marchand, au contraire, les *ventricules latéraux* sont augmentés de volume dans toutes les démences sans exception,

1. — Klippel et Lhermitte : *Démence précoce, anatomie pathologique et pathogénie,* in-Rev. de Psychiatrie, 1904, n° 4.

mais à un degré plus prononcé dans les démences paralytique et sénile. Pour cet auteur, l'ampliation des ventricules latéraux associée à une diminution de poids du cerveau, serait un des meilleurs signes macroscopiques des démences [1].

Chez deux malades, un homme et une femme, le *cervelet* a été trouvé manifestement asymétrique : le lobe *droit* dans un cas, le lobe *gauche* dans l'autre, était notablement plus petit que son congénère.

Les *méninges rachidiennes* et la *moelle,* dans les cas où ces organes ont pû être examinés, ne présentaient aucune altération.

Les *lésions histologiques,* sans être encore décisives, sont beaucoup plus importantes : elles ont été observées à l'aide des nouvelles méthodes actuellement en usage pour les recherches de neuropathologie : méthode de Nissl, de Veigert, de Pal, etc. Pour mieux préciser les éléments trouvés parfois autour des vaisseaux ou dans leur lumière, on a eu recours à des colorants hématologiques spéciaux, triacide d'Erlich, éosine-orange, bleu de toluidine, etc.

Enfin, dans le but de rendre plus apparentes les modifications volumétriques des cellules centrales dans les diverses parties de l'écorce, on a mesuré à l'aide du dessin à la chambre claire de Malassez une centaine de cellules dans chacune des zones motrices ou des zones d'associations principales.

C'est avec ces méthodes et ces procédés perfectionnés de recherches, que Klippel et Lhermitte ont examiné les centres nerveux et quelques autres organes de quatre déments précoces (trois femmes et un homme), tous arrivés à la période d'état de la maladie.

Une de ces démentes a succombé à une tuberculose pulmonaire à marche rapide à 26 ans. Une autre a été trouvée morte dans son lit, elle avait 25 ans. La troisième malade du sexe féminin a été emportée par une broncho-pneumonie à 25 ans. Le quatrième cas est relatif à un jeune homme de 19 ans, dont l'observation a été publiée par L. Marchand sous le nom de *paralysie générale juvénile* [2].

1. — L. Marchand : *Considér. sur l'ampliation des ventricules latéraux dans les maladies mentales,* in-Journ. de Neurologie, 1904, n° 4.

2. — L. Marchand : *Un cas de paralysie générale juvénile,* in-Ann. Méd. Psych., n° Mai-Juin, 1900.

Voici les principales constatations histopathologiques qui ont été faites chez ces différents sujets.

Les *méninges* et les *vaisseaux* de l'encéphale doivent d'abord être mis complètement hors de cause. Dans aucun cas, sur aucun point, le tissu des méninges ne présentait la moindre altération. Nulle part il n'existait de *lésions inflammatoires* ou *diapédètiques* de la paroi des vaisseaux.

Dans *un cas* seulement, disent Klippel et Lhermitte, nous avons constaté une *prolifération de la névroglie* en des points circonscrits et limités et voici la description qu'ils en donnent : « Le fait le plus particulier consiste dans l'abondance, autour des vaisseaux, de cellules rondes dont le noyau se teinte fortement par les colorants basiques et dont le protoplasma est presque invisible. Ces cellules rondes siègent, non point dans la paroi vasculaire ou dans sa gaine lymphatique, mais à une certaine distance, au milieu de l'intrication des fibrilles nerveuses. Également autour de quelques grandes cellules pyramidales se rencontrent, en plus ou moins grand nombre, ces éléments ; on en compte en moyenne 3 à 4 autour d'une cellule. Certains siègent dans l'espace clair bordant le corps cellulaire, d'autres sont *comme à cheval sur l'un de ses bords, de très rares lui sont superposés.* » (Obs. II, p. 56.)

Nous ferons remarquer que dans l'Obs. I, p. 51, les auteurs avaient déjà noté la présence des mêmes éléments ronds à noyau fortement coloré autour des cellules du corps strié. « Quelques-uns de ces éléments, disent-ils, se trouvent dans l'espace clair qui sépare les cellules, des fibres environnantes, d'autres *échancrent son protoplasma, quelques autres, enfin, lui sont superposés.* »

Par contre, chez les quatre sujets, les *lésions dans l'encéphale et dans la moelle étaient localisées aux neurones.*

Pour être *diffuses,* ces lésions siégeaient exclusivement sur les *centres d'associations.* Les *neurones des centres de projections* étaient en général intacts.

Dans les centres d'associations les lésions intéressaient presque uniquement les *grandes cellules pyramidales,* modifiées à la fois dans *leurs dimensions* et dans *leur structure.*

Au niveau des *circonvolutions frontales, temporales, parié-*

*tales* et *occipitales,* ces grandes cellules étaient remplacées par des éléments de même forme, mais notablement plus petits.

Les coupes pratiquées dans les *régions motrices* de l'écorce montraient, au contraire, que le volume des grandes cellules était demeuré à peu près normal.

A côté de ces *altérations morphologiques* des cellules, il en existe d'autres plus importantes, intéressant leurs principaux *éléments constitutifs.*

Le *protoplasma* est granuleux et surchargé de pigment jaune ; le *noyau* déplacé vers la périphérie apparaît tantôt avec son enveloppe normale, tantôt avec une membrane plissée et déformée. Le nucléole est ordinairement bien visible et cintrant assez exactement le noyau ; dans un cas il était divisé en deux parties inégales et accolé à la membrane nucléaire.

Signalons encore pour terminer l'exposé des constatations faites par Klippel et Lhermitte, l'existence chez un de leurs malades d'une *dégénérescence graisseuse du foie,* chez un autre d'une *hémorrhagie de la capsule surrénale,* lésions que les auteurs croient devoir attribuer à la maladie intercurrente, cause de la mort.

Faisons remarquer cependant que la *stéatose totale du foie* a été également observée par Dide chez plusieurs déments précoces.

Quoiqu'il en soit, les seules lésions qui, d'après Klippel et Lhermitte, appartiennent en propre à la démence précoce, sont une *atrophie prononcée des grandes cellules pyramidales des lobes frontaux, temporaux, pariétaux et occipitaux* et une *chromatolyse diffuse de ces mêmes cellules.*

De ces deux lésions c'est à la seconde qu'appartient le rôle prépondérant puisque « l'atrophie des cellules n'est due qu'en partie à l'atteinte directe du neurone (par l'agent pathogène) et qu'elle reconnaît encore pour cause l'arrêt de développement qui en a été la conséquence ».

Quant à la *prolifération de la névroglie* qui a été observée sous la forme d'*éléments ronds à noyau fortement coloré péri-vasculaires et péri-cellulaires,* elle ne représente, d'après les auteurs, qu'une *lésion accessoire, négligeable,* pouvant s'expliquer par l'étroite parenté histogénétique de la névroglie et de la cellule nerveuse.

Nous ferons remarquer immédiatement, que les lésions du cortex rencontrées par Klippel et Lhermitte dans ces quatre cas de démence précoce, sont absolument superposables à celles qui ont été précédemment signalées par Gilbert Ballet dans un cas de *confusion mentale* et dans un cas de *psychose polynévritique*. Dans ces différents ordres de faits (psychose polynévritique et confusion mentale d'une part, démence précoce de l'autre) on note *la même intégrité des méninges et des vaisseaux, la même absence de lésions notables de la névroglie, la même localisation du processus à la cellule nerveuse* dont les angles sont arrondis, les prolongements plus grêles, le protaplasma granuleux, le noyau excentriquement déplacé, etc. [1]. Nous examinerons un peu plus loin, quelles conclusions il convient de tirer de ce rapprochement.

Pour le moment, nous nous bornerons à faire remarquer, que contrairement à ce qui se passe dans les autres démences (paralytique, sénile, toxi-infectieuse, etc.) où l'on voit *tous les tissus de l'encéphale (neurone, névroglie, leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives) entrer en réaction sous l'influence de l'agent pathogène;* dans la démence précoce, d'après Klippel et Lhermitte, les *altérations porteraient uniquement sur le neurone, à l'exclusion de tous les autres tissus de l'encéphale.*

C'est sur cette différence de *localisation des lésions* que ces auteurs se sont appuyés pour établir une distinction fondamentale entre les *délires* et les *démences dites organiques* (à lésions portant sur l'ensemble des tissus de l'encéphale), et les *délires* et les *démences dites vésaniques* (à lésions exclusives du neurone) et faire rentrer la *démence précoce* dans cette seconde variété d'états démentiels.

Avant d'admettre cette distinction, il est nécessaire de savoir si le caractère anatomique qui lui sert de base, est un critérium assez solidement établi, pour qu'on lui accorde une portée aussi générale. Pour cela, il nous faut revenir un peu en arrière et passer en revue les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question.

1. — Gilbert Ballet : *Lésions de l'écorce cérébrale dans la confusion mentale et la psychose polynévritique.* Semaine médicale, 1898, pp. 102 et 284.

Nous rappellerons d'abord qu'en 1895, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, A. Voisin a signalé l'existence dans la folie vésanique d'altérations cellulaires analogues, sinon identiques, à celles que viennent de décrire Klippel et Lhermitte.

Dans trois cas de lypémanie chronique cet auteur a trouvé au niveau de la substance grise des circonvolutions frontales beaucoup de *cellules atrophiées, pigmentées et graisseuses,* à côté d'autres cellules saines.

Ces altérations sont très visibles sur les dessins qui ont été publiés de ses préparations [1].

Alzheimer, dans des cas aigus de catatonie, a également constaté des *altérations graves des cellules de l'écorce,* surtout au niveau des couches profondes : tuméfaction notable des noyaux, plissement de leur membrane, corps cellulaire rétracté en voie de destruction, néoformation de fibrilles névrogliques qui entourent les cellules. Nissl, d'autre part, dans des cas à évolution chronique, a noté des *modifications profondes des cellules* qu'il a décrites sous le nom de « destruction du noyau ». Un nombre assez considérable de cellules paraissent détruites mais il n'y a pas d'atrophie de l'écorce. Les couches profondes renferment des *cellules névrogliques, nombreuses et grandes,* en voie de régression. L'écorce est, en outre, parsemée de *gros noyaux de névroglie,* peu colorés, entourant les cellules malades ; *quelques-uns les ont même envahies* (Sérieux).

De ces constatations, Nissl tire la conclusion que la distinction des *psychoses* dénommées *fonctionnelles* et des *psychoses organiques* n'a aucun sens. Il a étudié les centres nerveux d'individus atteints de *psychoses fonctionnelles* et toujours il a trouvé un *fondement anatomique* consistant surtout en phénomènes de gliose, en lésions des vaisseaux sanguins et lymphatiques et en une *action phagocytaire* de certaines cellules.

Enfin, en 1902, Bridier, élève du Pr Pierret, a également conclu de l'étude anatomo-pathologique de 10 cas de démences chroniques, que la *démence cliniquement constatée s'accompagne toujours de lésions matérielles :* ces altérations peuvent être rangées

1. — A. Voisin : *Altérations des cellules cérébrales dans la folie vésanique et dans la paralysie générale des aliénés.* Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Bordeaux, 1895.

en trois groupes, suivant qu'elles atteignent les *cellules nerveuses, le tissu de soutien et les vaisseaux*[1].

Du côté des *cellules nerveuses* cet auteur a constaté des *lésions de dégénérescence graisseuse et pigmentaire*, la *chromatolyse centrale*, les *indentations* réelles ou simulées par les *leucocytes* qui ne feraient que déprimer le corps de la cellule, la *perte des prolongements*, le *gonflement du noyau* qui devient excentrique, se vacuolise, se colore plus intensément, tandis que le *nucléole* persiste jusqu'à la fin ; puis l'*atrophie de la cellule* réduite à un bloc granuleux ou cachée sous des amas de noyaux qui figurent encore son aspect ancien.

Du côté du tissu interstitiel il a noté des *proliférations névrogliques* qui enserrent la cellule nerveuse et prennent un développement d'autant plus considérable, que celle-ci *s'atrophie* davantage. D'autre part, les *éléments migrateurs* subissent une augmentation de nombre toujours notable.

Nous croyons intéressant, dit Bridier, de signaler ce fait qu'ils semblent plus nombreux dans les couches profondes du cortex, contre la substance blanche et qu'ils paraissent diminuer à mesure qu'on s'élève vers la surface des circonvolutions, ainsi qu'un *courant qui serait chargé de balayer les déchets cellulaires et de les transporter par les méninges dans les voies de dégagement de l'encéphale.*

Les *vaisseaux* présentent également des altérations portées à leur maximum dans les *démences séniles* et *paralytiques*, mais existant également dans les *démences vésaniques anciennes.*

Signalons encore la *raréfaction des fibres tangentielles du réseau d'Exner;* aussi Bridier déclare-t-il accepter sans restriction la conclusion de Nissl : « Dans le cerveau d'individus atteints de *psychoses fonctionnelles* on pourra toujours trouver un *fondement anatomique* » et il ajoute « qu'on ne peut plus continuer, en se fondant sur l'insuffisance de nos connaissances anatomiques, à établir une différence entre les démences *organiques* et les démences *vésaniques* ». Conclusion diamétralement opposée, comme on le voit, à celle que Klippel et Lhermitte ont tirée de leurs constatations anatomo-pathologiques et qui se trouve encore renforcée du fait que dans un cas de *démence précoce*,

1. — Bridier : *Anat. Path. des démences.* Th. Lyon, 1902, p. 86.

Bridier a constaté, indépendamment d'une raréfaction et d'une surcharge en pigment des grandes cellules pyramidales, *une infiltration des substances blanche et grise des circonvolutions par des noyaux ronds ou allongés, disposés en traînées le long des vaisseaux et des fibres et empiétant parfois sur les corps cellulaires.*

Nous sommes donc en présence de deux opinions contradictoires : 1° celle de Klippel et Lhermitte qui, en se basant sur la localisation différente des lésions, continuent à admettre l'ancienne division des *démences organiques* et des *démences vésaniques* ; 2° celle d'Alzheimer, de Nissl, de Bridier et du professeur Pierret qui, en se fondant au contraire sur l'identité de siège et de nature des lésions dans tous les processus démentiels et sur leur généralisation à tous les tissus de l'encéphale indistinctement, quoiqu'à des degrés divers, ne reconnaissent pour légitimes que les seules *démences organiques.*

Avant de prendre parti pour l'une ou l'autre de ces théories, il est indispensable de jeter un coup d'œil sur les principales conditions étiologiques que l'expérience a permis de relever dans les antécédents des déments précoces.

## CHAPITRE V

### Étude Étiologique.

Avant de passer en revue les causes présumées de la démence précoce et d'étudier leur mode d'action, nous dirons quelques mots de la *fréquence* de cette affection.

D'après Krœpelin, la démence précoce, en y faisant rentrer les délires systématisés hallucinatoires, fournit 14 à 15 °/₀ du total des admissions. Sérieux donne des chiffres encore plus élevés, puisqu'après élimination des délires systématisés, il a trouvé à Ville-Evrard 14 °/₀ pour les femmes et 12 °/₀ pour les hommes.

D'autre part, le pourcentage établi sur le total des malades existant à une date donnée, a fourni au même auteur les proportions suivantes : hommes, 33 °/₀ ; femmes, 40 °/₀. Ces chiffres paraîtront sans doute considérables, mais Sérieux a soin de faire remarquer qu'ils ne peuvent être comparés avec ceux qu'on obtiendrait dans un service d'aliénés du régime commun, divers facteurs intervenant pour augmenter au pensionnat de Ville-Evrard le nombre des déments précoces [1].

A la colonie de Gheel, au contraire, la sélection agissant sans doute en sens inverse, le Dr Meeus ne trouve plus que 40 déments précoces (24 hommes et 16 femmes) sur 383 aliénés, soit une proportion de 10,4 °/₀.

D'après Levi-Bianchini, la démence précoce représente le 28 °/₀ de la population dans les asiles : 18,8 °/₀ chez les hommes, 14,2 °/₀ chez les femmes.

Enfin, Séglas, à Bicêtre, sur 220 hommes, trouve la proportion de 19,60 °/₀ (y compris les délires systématisés hallucinatoires) et celle de 13,72 °/₀ (défalcation faite de ces délires). De

1. — Sérieux : *La démence précoce*, in-Revue de Psychiâtrie, juin 1902.

mon côté, à la Salpêtrière, sur un nombre à peu près égal de femmes (210), j'ai constaté le chiffre de 21,4 °/₀ (délires systématisés compris).

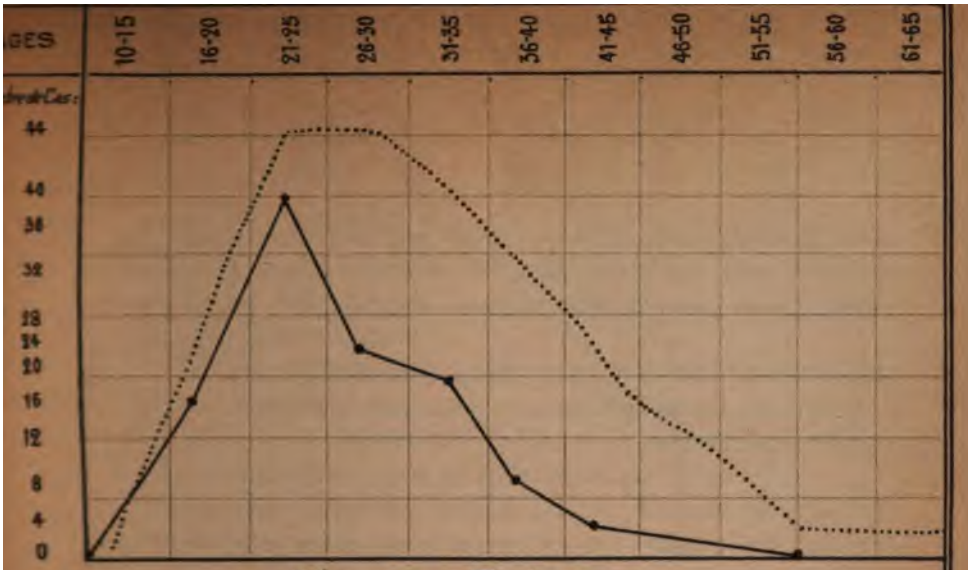
Nous croyons que sans avoir une valeur absolue, ces derniers chiffres, qui ne représentent qu'une proportion sur un total de population et non un rapport avec les autres formes d'aliénation, sont ceux qui se rapprochent le plus de la vérité, et que d'une façon générale, on peut évaluer le nombre des cas de démence précoce, telle que la comprend Krœpelin, au quart environ de la population des asiles.

**Age.** — Ainsi que l'indique son nom, la démence précoce frappe surtout les jeunes sujets, mais elle ne leur est pas exclusive. Krœpelin et Trömmer admettent que la catatonie peut se développer à l'âge adulte et même à la ménopause. (Schröder). La même remarque s'applique aux formes paranoïdes (Levi-Bianchini, Weygandt). Il y a donc lieu d'établir une distinction, au point de vue de l'âge où elles débutent, entre les trois grandes variétés de démence précoce ; mais, cette réserve faite, il n'en reste pas moins que le plus grand nombre des cas de cette affection appartient à l'adolescence et, par conséquent, que c'est à bon droit qu'elle a été qualifiée de *précoce*.

En effet, sur 296 cas observés par Krœpelin, 60 °/₀ ont débuté avant 25 ans. A la Salpêtrière, sur une statistique il est vrai beaucoup plus réduite de 45 cas, j'en ai trouvé 36 ayant commencé avant 25 ans, soit une proportion de 80 °/₀.

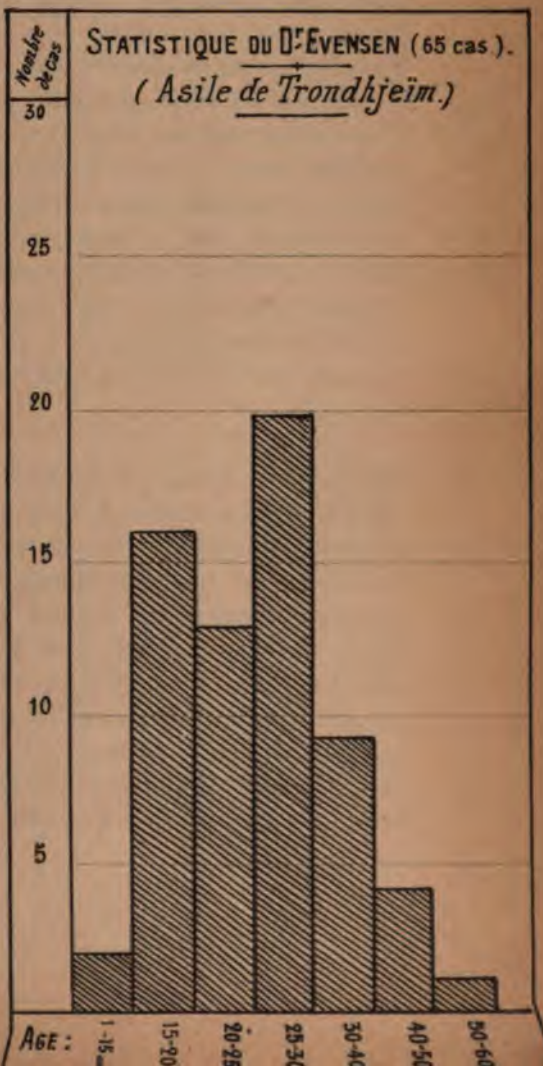
Meeus, à Gheel, sur 47 cas en compte 38 qui se sont déclarés avant 25 ans, 2 de 25 à 29 ans, et 7 après 30 ans révolus, ce qui donne le chiffre de 85 °/₀ pour les cas ayant fait leur apparition avant la 25$^{me}$ année.

La période de la vie de beaucoup la plus favorable à l'éclosion de la maladie est donc de 15 à 30 ans, comme le montrent encore les graphiques suivants, dressés par Bertschinger, Sérieux et Evensen.




DÉMENCE PRÉCOCE

*Graphique indiquant les Ages auxquels survient cette psychose d'après Bertschinger (emprunté à Weygandt.)— hommes;...femmes.*



**Sexe.** — L'influence du *sexe* sur le développement de la démence précoce est très discutée, parce que, pour beaucoup d'auteurs, cette question reste subordonnée à la théorie pathogénique qu'ils adoptent.

C'est ainsi que Christian et Marro, qui font jouer un rôle important au surmenage scolaire (plus communément observé chez les garçons que chez les filles), admettent que la maladie est plus fréquente chez les sujets du sexe masculin.

Au contraire, Hecker, Maudsley, Wille, Ball, etc., qui considèrent la puberté comme un des principaux facteurs de la démence précoce, soutiennent que cette affection est plus rare chez les garçons, parce que les modifications imprimées à l'organisme par l'évolution pubérale sont moins considérables chez eux que chez les jeunes filles.

D'après Meeus, la démence précoce débutant à l'âge adulte serait plus fréquente dans le sexe féminin ; par contre, quand la maladie se montre avant la vingt-cinquième année, elle frapperait surtout le sexe masculin (24 hommes pour 16 femmes).

Nous croyons qu'en réalité les sujets des deux sexes sont à peu près également exposés à cette affection et, ce qui semble le prouver, c'est que Séglas, à Bicêtre (dans un service d'hommes), a trouvé un nombre de déments précoces, très rapproché de celui que j'ai constaté moi-même à la Salpêtrière dans un service composé uniquement de femmes (38 à Bicêtre, 45 à la Salpêtrière) ; or, ces deux services sont absolument comparables tant par le chiffre de leur population que par celui de leur mode de recrutement.

**Hérédité.** — L'*hérédité névro-psychopathique* est une condition étiologique générale qui domine toute la pathologie mentale et nerveuse. Il est donc naturel qu'on la rencontre à l'origine de la démence précoce comme à celle de toutes les autres psychoses, mais il existe d'assez grandes divergences d'opinions entre les auteurs sur son degré de fréquence, et comme corollaire, sur le rôle qu'il convient de lui attribuer dans la genèse de la maladie. Le chiffre le plus faible est celui de Claus (39 °/₀), puis celui de Christian (43 °/₀) ; le plus élevé appartient à Ziehen (80 °/₀). Entre ces chiffres extrêmes viennent se placer ceux de Mucha (75 °/₀) et de Krœpelin (70 °/₀). Elmiger signale seulement

une certaine *prédisposition constitutionnelle* dans 61 °/₀ des cas chez les garçons et dans 64 °/₀ chez les filles. Bien que nous n'ayons pas noté une hérédité névro-psychopatique manifeste dans plus *de la moitié de nos cas,* nous croyons — en admettant comme positifs ceux où les renseignements sont insuffisants — pouvoir considérer les chiffres de Mucha et de Krœpelin comme très voisins de la vérité.

Quant à la fréquence des maladies *diathésiques, infectieuses* ou *toxiques* dans l'ascendance des déments précoces, elle est probablement assez élevée sans que nous puissions ni fournir de chiffres à cet égard, ni préciser le rôle de ces affections. D'après Lévi-Bianchini[1] l'*hérédité tuberculeuse, syphilitique, alcoolique,* etc., existerait dans 11 °/₀ des cas seulement. Les *stigmates* de l'*hérédo-syphilis,* dit encore Claus, sont rares chez les déments précoces.

L'*hérédité similaire* niée par certains auteurs (Christian) est, au contraire, affirmée par d'autres (Weygandt) ; personnellement nous n'en avons pas observé d'exemple.

Il nous est difficile, à propos de l'hérédité, de ne pas dire un mot des *stigmates physiques de dégénérescence.* Nous nous bornerons à faire remarquer que, de l'avis unanime des auteurs, ces prétendus stigmates sont *l'exception* chez les déments précoces. Citer des chiffres à ce propos nous paraît bien inutile, depuis que partisans et adversaires de la théorie de la dégénérescence se sont mis d'accord pour admettre, les uns que l'*absence des stigmates physiques n'était pas exclusive de la notion de dégénérescence,* les autres *que ces stigmates pouvaient se rencontrer chez des individus sains et normaux avec la même fréquence que chez les individus dégénérés, et que le nombre des sujets non dégénérés porteurs de ces anomalies, était beaucoup plus grand que celui des dégénérés*[2].

Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur cette question lorsque nous nous occuperons de la pathogénie de la démence

1. — Lévi-Bianchini : *Age et hérédité dans la démence précoce.* (Riv. sperim. di frenatria e medicina, 1903, p. 558.)

2. — Voir à ce sujet Garnier : *Dégénérescence et Criminalité,* in-Bul. Méd. 1903, n° 3, et Rabaud : *Les stigmates anatomiques de la dégénérescence mentale,* in-Rev. d'anthropologie, février 1904.

précoce ; nous réservons également pour ce moment l'examen du *niveau mental* des sujets atteints de cette affection.

A côté des *causes prédisposantes, inhérentes à l'individu* (hérédité, sexe, âge, etc.), que nous venons de mentionner, il faut vraisemblablement ranger à titre d'agents pouvant réaliser une sorte de *prédisposition accidentelle ou acquise*, les *maladies infectieuses de l'enfance* (rougeole, scarlatine, diphtérie), *les mauvaises conditions hygiéniques, la fièvre typhoïde, la grippe*, etc., si fréquemment enregistrées dans les antécédents des malades, mais sur l'influence desquelles nous manquons encore de données précises. La *syphilis* est complètement étrangère au développement de la démence précoce et la même remarque s'applique aux *intoxications d'origine externe*, en particulier à l'*alcoolisme*.

Indépendamment des causes purement prédisposantes précédemment signalées, il y en a un certain nombre d'autres auxquelles on a voulu faire jouer un rôle dans la genèse de la démence précoce et que nous ne retiendrons pas, les unes, parce qu'elles sont tombées dans un discrédit à peu près complet comme *l'onanisme*, la *continence forcée*, etc., les autres parce que leur action ne repose que sur des observations isolées. A cette dernière catégorie appartiennent sans doute les *traumatismes crâniens* signalés par von Muralt[1] comme la cause habituelle de la catatonie. Krœpelin fait remarquer avec raison que les blessures de la tête sont trop fréquentes chez les enfants pour pouvoir être sérieusement invoquées comme une cause de la démence précoce.

Nous en dirons autant des *insolations* notées deux fois dans les antécédents de nos malades.

L'*emprisonnement cellulaire* a été également mis au nombre des moments favorables au développement de la démence précoce. Rudin, cité par Sérieux, a constaté que sur 94 cas de *psychoses des détenus*, plus de la moitié (53 %) appartenait à la catatonie. De nouvelles recherches seraient nécessaires pour établir le bien-fondé de ces observations.

En terminant, nous mentionnerons seulement, nous réservant

1. — Von Muralt : *Catatonie et traumatismes crâniens*. Allg. Zeitsch. f. Psych. 1900 et analysé in-Bullet. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique, 1900, p. 311.

de les discuter dans le prochain chapitre, la série des causes auxquelles serait dévolue une *action* véritablement *pathogène*. Nous voulons parler des *fatigues physiques et morales*, du *surmenage*, de l'*épuisement* et, d'une façon générale, de toutes les perturbations nutritives en rapport avec la *puberté, la puerpéralité, la lactation*, certaines *maladies graves*, etc.

Le lien qui permettrait de rapprocher toutes ces causes et de les réunir en un seul faisceau, c'est qu'elles auraient pour caractère commun d'agir à la faveur de la production ou de la rétention d'un poison d'origine cellulaire, c'est-à-dire d'une *auto-intoxication*.

Il y a déjà une dizaine d'années que Régis[1] a appelé l'attention sur le rôle des auto-intoxications dans le développement des psychoses, et ses recherches ont été appuyées depuis par un trop grand nombre d'observateurs, pour ne pas être prises en sérieuse considération.

Il est certain, d'autre part, qu'il existe de très grandes analogies entre le tableau clinique de la démence précoce et les états de confusion, de torpeur et d'onirisme qui caractérisent les psychoses toxi-infectieuses, et que l'origine auto-toxique de cette affection est rendue par là très vraisemblable.

Il est non moins certain que les relations qui existent, dans un très grand nombre de cas, entre la démence précoce, la *puberté, les troubles menstruels, l'état puerpéral*, etc., militent en faveur d'une *auto-intoxication d'origine sexuelle*. C'est l'opinion qui a été soutenue par Krœpelin et qui a été adoptée après lui par un certain nombre d'auteurs.

Mais comme la démence précoce ne se développe pas toujours au moment de la puberté, que les troubles menstruels qui l'accompagnent, à la vérité souvent, ne sont pas constants, qu'ils peuvent être l'effet de la maladie aussi bien que sa cause, on a été obligé d'admettre l'intervention d'autres auto-intoxications que celles qui sont liées aux troubles des organes de la reproduction, par exemple les *auto-intoxications d'origine gastro-intestinale*, celles dues à l'*insuffisance des fonctions hépatiques et rénales* et peut-être aussi l'*intoxication d'origine thyroïdienne*. (Sérieux, O. Gross.)

1. — Régis : *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*. (Congrès des Médecins aliénistes, 1893.)

Ces hypothèses seront discutées plus loin mais, d'ores et déjà, on voudra bien remarquer que sous la multiplicité, plus apparente que réelle, de ces auto-intoxications, se dissimule peut-être un seul et unique processus, réalisant ainsi une étiologie *spéciale,* sinon véritablement *spécifique,* de la démence précoce.

---

## CHAPITRE VI

### Nature et Pathogénie de la Démence précoce.

Il nous faut aborder maintenant le problème très ardu de la nature et la pathogénie de la démence précoce qui a été la raison d'être de ce Rapport.

Les termes de ce problème nous sont déjà connus et la façon dont ils ont été posés par Gilbert Ballet ne laisse place à aucune équivoque. Il s'agit de décider, dans la mesure du possible, et à l'aide des données *étiologiques, anatomiques* et *cliniques* qui précèdent, si la démence précoce est une psychose *constitutionnelle* inhérente à l'individu, dont l'hérédité est la cause *nécessaire* et *suffisante* ou, au contraire, une psychose *accidentelle,* dont le développement est lié, non plus à la prédisposition, réduite alors au minimum, mais à des *facteurs étiologiques puissants* ou à des *lésions matérielles* brusquement ou progressivement constituées (Magnan).

On estimera sans doute que de l'*enquête étiologique* dont les résultats viennent d'être exposés, il est bien difficile de tirer des indications positives sur la *pathogénie* de la démence précoce ; il nous semble cependant que parmi les différents facteurs étiologiques admis par la généralité des auteurs, il en est deux, au moins, qui méritent de retenir l'attention.

Le premier, c'est que chez un assez grand nombre de déments précoces, il existe des antécédents héréditaires névro-psychopathiques non douteux ; le second, que les causes accidentelles le plus communément invoquées, quoique portant des noms différents, sont toutes réductibles à un *processus d'auto-intoxication* dont le déterminisme n'a pu être à la vérité encore précisé, mais que l'âge auquel se développe dans le plus grand nombre des cas la maladie, permet de rattacher vraisemblablement à un trouble de la sécrétion des glandes sexuelles (testicules, ovaires) pour un certain nombre de cas (la grande majorité) et, pour les autres, à une insuffisance

fonctionnelle des glandes hépatiques, rénales, surrénales, thyroïde, etc.

De ces deux constatations la première, à nos yeux, signifie simplement qu'une *prédisposition* est indispensable au développement de la démence précoce.

A vrai dire, cette prédisposition aurait pu être admise *à priori ;* personne aujourd'hui ne mettant en doute qu'une sorte de consentement, d'*aptitude* — dirait le Professeur Joffroy — de l'organisme, est nécessaire pour qu'une maladie s'installe et persiste.

Dans la démence précoce, cette prédisposition pour les 2/3 des cas est fonction de l'hérédité, pour le dernier tiers on peut admettre, bien que le fait ne puisse pas toujours être mis en évidence, qu'elle a été réalisée par des maladies du premier âge, une hygiène défectueuse, etc. Cela étant, est-il possible d'aller plus loin et de soutenir par exemple que l'hérédité est la cause unique de la maladie ou, en d'autres termes, que la démence précoce est « une *psychose de développement* (Clouston) ou une *psychose dégénérative d'évolution* dans laquelle l'imperfection constitutionnelle, *substratum primordial et préexistant,* manifesterait sa fragilité sous l'influence et à un moment quelconque de la phase d'ascension de l'organisme ; elle prendrait place à ce titre parmi les *psychoses des dégénérés*[1] »:

Régis, auquel nous empruntons ces lignes, s'élève contre cette doctrine. Tous les déments précoces, dit-il, ne sont pas des dégénérés, tant s'en faut, et tous n'ont pas succombé dans la période, même agrandie, de leur accroissement évolutif.

Non seulement, ajouterons-nous, tous les déments précoces ne sont pas des dégénérés, mais c'est l'infime minorité d'entre eux qui peut prendre place dans cette catégorie de *malades ab ovo.*

Krœpelin a établi en effet, que dans 20 °/₀ seulement des cas, on constatait les manifestations de la tare dégénérative. De même pour Christian, les enfants qui doivent devenir des déments précoces ne se distinguent pas des autres ; ils ne présentent ni tics, ni perversion morale, ni bizarreries de caractère, etc.

1. — Régis : Notes à propos de la démence précoce, *in - Rev. de psychiâtrie,* 1904, p. 153.

D'autre part, le ***niveau mental*** de ces malades a été trouvé ***normal*** dans 66 °/₀ et ***faible*** dans 7 °/₀ des cas observés par Sérieux. Sur 100 hommes et 100 femmes atteints d'hébéphrèno-catatonie, Aschaffenburg déclare que 18 hommes et 13 femmes seulement avaient une ***intelligence inférieure,*** sans atteindre l'imbécillité (Sérieux).

Lévi-Bianchini est encore plus catégorique ; la démence précoce, d'après cet auteur, se développe dans la presque totalité des cas (90, 4 °/₀) sur une ***mentalité normale.***

Enfin, Magnan lui-même a reconnu, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, que des sujets intelligents, dont l'***état mental avait été irréprochable pendant leur enfance et leur adolescence,*** pouvaient sombrer rapidement dans la démence.

On peut donc considérer comme un fait acquis, que si la démence précoce se montre chez les dégénérés, c'est seulement dans un petit nombre de cas. Cette constatation ne porte nullement atteinte à la théorie de l'auto-intoxication ; les tares dégénératives — bien qu'on ait soutenu le contraire — s'observent aussi quelquefois dans la paralysie générale, et cependant, l'origine ***accidentelle*** de cette affection n'en est pas moins proclamée par la grande majorité des auteurs. La paralysie générale, a déclaré Magnan, est ***la plus individuelle des maladies mentales.***

Nous avons dit, d'autre part, que de notre enquête étiologique résultait la notion que la ***prédisposition, héréditaire*** ou ***acquise,*** avait besoin d'être actionnée par des ***causes accidentelles*** pour réaliser le syndrome clinique de la démence précoce et nous avons émis l'hypothèse que, sous le couvert de masques divers (excès, surmenages, traumatismes, chocs moraux, épuisement, etc.), toutes ces causes, en apparence complexes, formaient un seul faisceau étiologique dont tous les éléments étaient sous la dépendance d'un même processus pathogénique.

L'***étiologie*** est, à vrai dire, impuissante à nous renseigner sur la nature de ce processus, mais peut-être nous sera-t-il possible, en faisant appel à l'***anatomie pathologique*** et à la ***clinique,*** de soulever un coin du voile qui le recouvre.

Un point qui semble actuellement à l'abri de toute contestation, c'est l'existence d'une ***profonde altération de la cellule***

*nerveuse et de ses prolongements* dans tous les cas de démence précoce. On ne manquera pas de nous objecter que la lésion exclusive du neurone n'a pas, par elle-même, une signification absolue, qu'on l'observe dans tous les états démentiels et même dans beaucoup de psychoses.

A cette objection, nous répondrons que si la cellule nerveuse est lésée isolément, c'est qu'elle est le *terrain par excellence des réactions les plus délicates et les plus précoces aux imprégnations toxiques* (Dupré) et, d'autre part, qu'il n'est pas absolument démontré que les réactions défensives de l'organisme, qu'on a l'habitude d'observer dans tous les processus toxi-infectieux aboutissant à la mort de la cellule, fassent aussi complètement défaut dans la démence précoce que semblent le croire Klippel et Lhermitte.

Nous avons montré précédemment qu'Alzheimer, Nissl, Bridier et quelques autres auteurs avaient noté expressément l'existence de *lésions vasculaires,* et aussi, d'une *infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds*, de dimensions variables, de nature névroglique ou leucocytaire, qui semblent jouer le rôle de neuronophages vis-à-vis de la cellule nerveuse.

Cette *prolifération de la névroglie* n'est, du reste, pas niée par Klippel et Lhermitte, mais ils la rélèguent au second plan parce qu'elle était circonscrite et limitée ; nous ferons remarquer à ces auteurs que, si cette prolifération n'était pas plus abondante, il faut peut-être en chercher la cause dans la brusque interruption de l'affection par une maladie intercurrente. C'est du moins ce qui s'est produit pour les trois malades de notre service dont Klippel et Lhermitte ont examiné les centres nerveux.

Les renseignements cliniques sur la durée des accidents et la cause de la mort faisant défaut pour le quatrième malade appartenant au service de Pactet, les remarques suivantes s'appliquent uniquement aux trois premiers cas.

Or chez deux de ces démentes précoces il existait en abondance dans un cas, en plus petite quantité dans l'autre, *autour des vaisseaux et des cellules, quelques-uns à cheval sur leurs bords, des éléments ronds à noyau fortement coloré,* que Klippel et Lhermitte considèrent comme de nature névroglique. Névroglique ou leucocytaire, cette infiltration de l'écorce par des éléments ronds n'en est pas moins significative.

Le *rôle neuronophagique* de ces éléments nous semble ressortir clairement de leur situation autour des cellules, sur les bords desquelles ils empiètent quelquefois.

Dans un cas, il est vrai, il n'existait pas trace de prolifération névroglique, mais la malade chez laquelle on a constaté cette absence de lésions de la névroglie est précisément celle qui était la plus rapprochée du début des accidents ; elle n'était malade que depuis quatre mois et demi, tandis que les deux autres étaient dans le service, l'une depuis quatre ans (celle chez laquelle la prolifération de la névroglie était plus accentuée) et l'autre depuis dix-huit mois.

Il nous semble que cette particularité, dont Klippel et Lhermitte n'ont pas tenu compte, méritait d'être relevée.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'histopathologie actuelle de la paralysie générale, est tout entière fondée sur les résultats d'examens effectués le plus souvent à la période ultime de la maladie. Si ces examens portaient sur des cas récents, il n'est pas certain que les lésions des centres nerveux présenteraient le même caractère de généralisation. Inversement on peut supposer, que lorsque les autopsies de démences précoces se seront multipliées et que des examens histologiques répétés auront été pratiqués aux différentes périodes de la maladie, les lésions ne seront peut-être pas aussi systématisées que tendraient à le faire admettre les recherches de Klippel et de Lhermitte.

Après les réserves cliniques que nous venons de faire sur le matériel histo-pathologique, mis à la disposition de ces auteurs, il est peut-être un peu téméraire d'affirmer que dans la démence précoce « *la lésion localisée à l'un des tissus de l'encéphale demeure comme un fait indiscutable... et qu'il y a par là une lésion qui appartient à la démence précoce et non à certaines autres démences* ».

Dans l'état actuel de la question nous croyons inutile d'insister davantage, sur l'interprétation que sont susceptibles de recevoir des lésions dont le siège, la nature et l'étendue, prêtent encore à discussion.

Ce qu'il nous est seulement permis de retenir, en nous en tenant aux constatations les plus récentes, c'est l'analogie pour ne pas dire la complète identité de ces lésions avec celles de psychoses, dont l'origine toxi-infectieuse ne fait plus de doute

pour personne, comme la confusion mentale et la psychose polynévritique (G. Ballet).

Régis, dont la perspicacité est toujours en éveil, a déjà relevé le fait et, comme d'autre part, il existe de grandes analogies cliniques entre la confusion mentale et certaines formes ou plutôt certaines phases de la démence précoce, il a proposé d'englober cette dernière affection dans le cadre élargi de la confusion mentale.

A ses yeux cette conception comporte deux solutions, à coup sûr trop originales, pour que je résiste au plaisir de les reproduire ici :

« Dans la première, dit Régis, la démence précoce peut être considérée comme une *espèce particulière de confusion mentale,* à laquelle son *étiologie* le plus souvent *toxi-génitale,* son *époque climatérique d'apparition,* sa *symptomalogie catatonique, hébéphrénique* ou *délirante,* son *évolution,* enfin sa *gravité,* donnent un caractère à part. Ainsi conçue, la maladie ne fait que changer de nom et de place ; mais, *démence précoce* ou *confusion mentale,* elle reste un *tout morbide ayant sa vie propre* et conservant intacte la physionomie clinique que lui a attribuée l'École allemande contemporaine.

» Dans la seconde solution, la démence précoce n'est plus une *entité,* mais une *fin* morbide ; elle est la phase de chronicité de toute confusion mentale aiguë non guérie, particulièrement des confusions liées à l'époque du développement. Elle devient dès lors la *confusion mentale chronique,* analogue à la manie et à la mélancolie chroniques et susceptible, comme elles, de revêtir la forme simple ou la forme délirante, réalisant dans ce dernier cas une sorte de paranoïa systématisée secondaire post-confusionnelle. Elle est, en un mot, la *démence précoce actuelle amputée de ses phases aiguës du début,* qui ne lui appartiennent pas plus que l'accès initial de manie ou de mélancolie aiguës n'appartient à la manie ou à la mélancolie chroniques [1]. »

De ces deux solutions c'est à la seconde que Régis donne la préférence, ce qui ne laisse pas que de surprendre, mais je crois qu'au fond il n'y a entre nous qu'une question de mots.

Il n'est pas possible, en effet, que Régis ait songé sérieusement

1. — Régis : Notes sur la *démence précoce,* in-Rev. de psychiâtrie, 1904, p. 155.

à amputer la démence précoce de ses phases aiguës au profit de la confusion mentale, sous le prétexte que ces phases aiguës sont impossibles à distinguer des états de confusion mentale et qu'elles peuvent se terminer par la guérison.

La démence précoce serait ainsi réduite au rôle d'une simple *démence secondaire à la confusion mentale*. Autant vaudrait dire que la paralysie générale n'est, elle-même, qu'une démence secondaire, consécutive à la folie maniaque dépressive, parce qu'elle débute souvent par un accès d'excitation maniaque de tous points comparable à ceux de cette affection !

La vérité est ailleurs. Régis a démontré en trop bons termes les droits à l'*autonomie* de la démence précoce dans sa « première solution » pour l'avoir définitivement abandonnée ; tôt ou tard il y reviendra, et nous serons tout-à-fait d'accord le jour où il voudra bien reconnaître que la démence précoce est non pas une *fin morbide,* ni même un *commencement,* qu'elle est *un tout,* comme il l'a si bien dit, qu'elle n'a donc pas besoin de demander aide et protection à la confusion mentale, mais que, par contre, celle-ci, si elle veut continuer à vivre, devra redevenir, comme par le passé, une simple *démence aiguë* (précoce ou non).

Je sais bien que ce qui arrête mon ami Régis et avec lui de très bons esprits, c'est le mot de « démence » appliqué à une affection *curable,* mais la *paralysie générale vraie* aussi est *curable* (Kraft-Ebing, Schule, Magnan et Sérieux, etc.) dans des proportions, il est vrai, plus restreintes, et cependant elle n'en constitue pas moins le type des *affections démentielles d'emblée.*

De cette discussion un peu longue nous retiendrons seulement qu'il existe des affinités cliniques très étroites entre la confusion mentale et la démence précoce ; tenant compte d'autre part de l'identité des lésions histologiques qui caractérisent ces deux affections nous dirons, en nous appuyant à la fois sur l'autorité de G. Ballet et de Klippel que, d'ores et déjà, il semble qu'on soit en droit, au nom de l'anatomie pathologique, de distinguer la démence précoce des *folies dites dégénératives* et de la rattacher avec Krœpelin au groupe des *maladies mentales dues à une auto-intoxication.*

Après les considérations qui précèdent, on me pardonnera

d'être bref sur les arguments cliniques qui peuvent être invoqués à l'appui de l'*origine auto-toxique* de la démence précoce.

A considérer seulement la *lente évolution* de la maladie qui n'aboutit à la perte complète des facultés qu'après une série de *crises paroxystiques et de rémissions,* on ne peut se défendre de penser à l'intervention d'un processus toxique qui procède par poussées et n'envahit que progressivement, d'une façon inégale et intermittente, l'ensemble des territoires psychiques.

En faveur de cette hypothèse militent encore les *accès fébriles,* les *crises convulsives,* les *états cataleptoïdes,* etc., et dans le même ordre d'idées, les états de *confusion,* d'*engourdissement,* de *torpeur,* d'*onirisme,* et de *puérilisme,* qui donnent à la maladie un cachet si spécial. Mais comme il n'y a là, en réalité, que des présomptions, mieux vaut se cantonner sur le terrain anatomique.

Or l'histopathologie actuelle de la démence précoce, même réduite aux constatations de Klippel et Lhermitte, tend à faire admettre l'*existence d'une altération de la substance grise du cerveau, et principalement des zones d'association, par des poisons vraisemblablement d'origine glandulaire.*

Nous conclurons donc en disant *que la démence précoce, tout en restant soumise dans les mêmes limites que la paralysie générale à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire et acquise est, au même titre et dans la même mesure qu'elle, une maladie fortuite et* ACCIDENTELLE.

---

# CHAPITRE VII

## Les Démences vésaniques en général.

ORIGINE SECONDAIRE OU ORIGINE PRIMAIRE DES DÉMENCES DITES VÉSANIQUES. — Sous le nom de *Démences vésaniques* on désigne généralement les états d'affaiblissement permanent, progressif et définitif des facultés intellectuelles, morales et affectives, consécutifs aux psychoses.

Les démences vésaniques sont donc des affections essentiellement *secondaires,* et il semblerait, d'après cette définition, qu'on doive en décrire autant de types qu'il y a de psychoses pouvant les précéder.

Théoriquement vraie, cette proposition ne l'est plus pratiquement, parce que les démences consécutives ou secondaires finissent toutes à un moment donné par se ressembler et se confondre, au point qu'il devient très rapidement impossible de reconnaître l'affection initiale dont elles dérivent. Aussi se borne-t-on, en général, à étudier en bloc toutes les démences vésaniques, qu'elles soient secondaires à la *manie,* à la *mélancolie,* aux *psychoses dégénératives,* etc., de même que sous le nom de *démences névrosiques,* on réunit les états démentiels qui succèdent à l'*épilepsie,* à la *chorée,* etc.

Dans le récent traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet Arnaud distingue seulement, suivant la période de la vie à laquelle elles apparaissent, deux formes, l'une *tardive* et l'autre *précoce,* de démence vésanique.

Si séduisante que soit cette conception qui, de l'ancienne entité morbide de Pinel et d'Esquirol, ne fait plus qu'un simple stade terminal des psychoses de l'âge mûr ou de la vieillesse (démence vésanique tardive), de la jeunesse ou de l'adolescence (démence vésanique précoce), nous ne croyons pas qu'elle corresponde à la réalité des faits et qu'elle puisse se concilier avec les idées nouvelles en psychiâtrie.

Nous avons déjà exposé les raisons qui nous empêchent d'envisager la démence précoce comme une affection secondaire ou consécutive à certaines psychoses, fût-ce même à la confusion mentale (Régis), et par conséquent d'admettre la théorie de la *démence vésanique rapide.*

La conception de la *démence vésanique tardive* est-elle plus justifiée ?

Dans l'état actuel des choses, le développement de cette *démence tardive* (type Arnaud-Ballet) ne peut guère se concevoir que comme résultant de la transformation d'un processus maniaque, mélancolique, etc... en un processus démentiel, qui se substitue peu à peu à lui et finit par le remplacer complètement.

Cette théorie est difficilement acceptable, car il n'y a véritablement pas plus de raisons pour croire à la métamorphose en démence d'une vésanie, qu'à celle d'une dyspepsie en cancer de l'estomac. La démence ne peut pas plus être le produit de la vésanie que le cancer de la dyspepsie : vésanie et dyspepsie peuvent être des effets, elles ne sont jamais des causes.

En présence d'une démence consécutive à une vésanie, d'un cancer succédant à une dyspepsie, l'hypothèse la plus rationnelle consiste à admettre que la vésanie et la dyspepsie, n'ont été que des accidents prémonitoires, des manifestations prodromiques d'affections préexistantes, dont l'incurabilité n'est devenue évidente que plus ou moins tardivement. La preuve de cette chronologie morbide est, à la vérité, difficile à fournir, mais à l'appui de l'origine *primaire* et non plus *secondaire* des démences dites vésaniques, on peut invoquer beaucoup d'autres considérations.

Nous rappellerons d'abord que toutes les psychoses ne sont pas également sujettes à verser dans la démence ; il en est même quelques-unes qui passent pour irréductibles et réfractaires à ce mode de terminaison : tels sont par exemple le *délire des persécutés-persécuteurs,* le *délire systématisé à bases d'interprétations fausses* de Sérieux et Capgras, la *paranoïa* (type Krœpelin) ; telles sont aussi les diverses *folies intermittentes, périodiques, circulaires, alternes,* à *double forme,* etc...

Les maladies mentales le plus souvent suivies de démence

sont au contraire la *manie* et la *mélancolie simples* ou *essentielles,* les *délires d'emblée ou polymorphes dits des dégénérés,* la *confusion mentale,* certains *délires systématisés,* etc...

Cette façon différente de se comporter vis-à-vis de la démence de la part de ces affections, a déjà frappé beaucoup d'observateurs et vaut qu'on s'en occupe.

S'il est vrai, — comme l'ont soutenu Christian à propos de l'hébéphrènie, Magnan au sujet du délire chronique et aussi Charpentier, au cours de la discussion sur la folie des dégénérés, — que les vrais héréditaires se font remarquer par leur longue résistance à la démence[1], on comprend que les *maniaques raisonnants,* les *persécutés-persécuteurs* et même les *fous périodiques,* puissent conserver pendant une longue suite d'années l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, ces malades ayant tous, de l'avis général, une hérédité très lourde ; mais alors, on ne s'explique plus le passage à la démence des *psychoses dites dégénératives,* comme le *délire d'emblée* ou *polymorphe* et certains *délires systématisés aigus* ou *chroniques.*

On comprend encore moins, dans ces conditions, le célèbre aphorisme de Magnan et Legrain : « *les plus tarés des dégénérés sont candidats à une démence précoce soit primitive, soit post-délirante* » ; car d'un côté, nous voyons l'hérédité constituer une sorte de barrière à la démence, et de l'autre, la dégénérescence qui, depuis Morel et Magnan, se confond avec l'hérédité, réaliser une condition favorable au développement de cette même démence. Et ce qui n'est pas fait pour diminuer notre embarras, c'est que la manie et la mélancolie simples, qui ne sont plus des psychoses des *héréditaires* ou même des *dégénérés,* mais des simples *prédisposés,* évoluent assez fréquemment vers la démence.

En présence de ces contradictions déjà relevées par Vigou-

1. — « Si les héréditaires, dit, non sans malice, Charpentier, se font remarquer par leur résistance si longue à la démence, que faire alors des *démences précoces* observées chez les héréditaires ? » Et Magnan de répondre : « C'est bien simple, dans la majorité des cas l'état mental ne baisse pas, témoins les maniaques raisonnants, mais quelquefois, en effet, on voit se produire des démences précoces ; ce n'est pas une surprise, c'est un fait clinique constaté par tous les observateurs. » *(Ann. Méd. Psycholog., 1886,* t. II, p. 281.)

roux[1], on est conduit à se demander si l'immunité de certaines psychoses vis-à-vis de la démence et l'affinité de quelques autres pour ce mode de terminaison, ne sont pas susceptibles d'une autre interprétation, ou plutôt, si les rapports des vésanies avec leurs prétendues démences, ne doivent pas être envisagées sous un autre aspect.

Pour cela nous examinerons séparément les trois grands groupes d'états démentiels consécutifs : 1° *aux folies généralisées (manie, mélancolie,* etc.) ; 2° *aux psychoses dites des dégénérés (délire d'emblée, délire polymorphe, paranoïa aiguë,* etc.) ; 3° *aux folies systématisées chroniques.*

**1° Démences consécutives aux folies généralisées.** — Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la *manie* et la *mélancolie* dites *essentielles* ne peuvent plus être considérées comme des entités morbides et que, par ces mots, on désigne de simples états syndromiques pouvant toujours être rattachés à la *folie maniaque dépressive,* à la *paralysie générale,* aux *folies toxiques,* à la *démence précoce,* à la *confusion mentale,* etc... Sur mille maniaques suivis pendant de longues années, dit Krœpelin, je n'en ai observé qu'un seul qui n'ait pas eu de récidives.

Le même auteur et, après lui, Sérieux, Capgras[2], etc., ont également établi que la mélancolie n'existait, en tant qu'affection autonome, que comme manifestation des *processus organiques d'involution sénile,* et que les états mélancoliques observés pendant la jeunesse ou l'âge adulte, étaient tous justiciables de la *folie maniaque dépressive* ou de la *démence précoce,* quand ils n'étaient pas liés à la *paralysie générale* ou aux *folies toxi-infectieuses.* La manie et la mélancolie perdant ainsi toute valeur en tant que types nosologiques, on voudra bien reconnaître qu'il ne saurait y avoir à proprement parler de *démences post-maniaques* ou *post-mélancoliques.*

1. — Vigouroux : *Contr. à l'étude de la démence précoce,* in-Ann. Méd. Psych., janvier 1894.

2. — Capgras : *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution sénile.* Th. Paris, 1900.

**2° Démences consécutives aux psychoses des dégénérés.** — Y a-t-il lieu de conserver les *démences consécutives aux états dits dégénératifs,* décrits sous le nom de *délires d'emblée* ou *polymorphes,* de *paranoïa aiguë,* etc... ?

De l'avis de tous les auteurs, la terminaison habituelle de ces états serait la guérison. Nous n'y contredirons pas, mais il faut avouer que ces prétendues guérisons ne visent que l'épisode délirant et les troubles sensoriels qui l'accompagnent. Le plus souvent, les malades sortent de leurs accès délirants diminués intellectuellement. Voici comment s'exprime à ce sujet Tuczek : « .... à l'asile, la régularité monotone de l'existence, l'absence de besoins et d'excitants, le plan de conduite tracé d'avance, ne donnent guère à ces derniers éléments de l'activité psychique (jugement, initiative, sensibilité morale), l'occasion de se manifester. Aussi la vraie pierre de touche est-elle, en l'espèce, la vie en liberté aux prises avec les devoirs, les difficultés et les tentations de la vie sociale. On constate alors que bien des malades, en apparence guéris, ont en réalité gardé de leur psychose un déficit mental plus ou moins prononcé [1] ».

Comme d'autre part le niveau mental de ces malades déjà faible congénitalement, était inconnu du médecin qui les traite, ce déficit passe inaperçu, et alors deux éventualités peuvent se produire : ou les malades quittent l'asile pour y rentrer bientôt avec des accidents analogues aux premiers qui, eux-mêmes, disparaissent à leur tour, et ce n'est souvent qu'après trois ou quatre paroxysmes délirants, dont on méconnaît du reste les liens de parenté, que l'état démentiel éclate à tous les yeux ; ou bien, les accalmies ne sont pas assez franches pour que le malade quitte l'asile, et au bout de quelques semaines ou de quelques mois, les manifestations délirantes se reproduisent et évoluent pour ainsi dire d'une seule traite vers la démence définitive et incurable.

Dans les deux cas, il ne s'agit donc pas réellement d'une *démence secondaire* ou *terminale,* mais d'une *démence primaire, protopathique, précoce,* momentanément masquée par des phénomènes délirants : ceux-ci sont sujets à des rémissions et peuvent même disparaître tout comme dans la paralysie géné-

1. — Tuczek : *Conception et signification de la démence.* Analys. in-Journ. de Psychologie, 1904, n° 3.

rale, mais le déficit mental sur lequel ils sont greffés est permanent et s'accentue progressivement, pour aboutir au bout de plusieurs années à la perte complète de l'intelligence[1].

Parfois, du reste, les caractères cliniques de ce déficit intellectuel, qui s'affirme par des *actes baroques,* des *tics,* des *stéréotypies,* du *négativisme,* du *collectionisme,* des *soliloques,* de la *verbigération,* etc., ne laissent aucun doute sur son origine démentielle.

**3° Démences consécutives aux délires systématisés chroniques hallucinatoires.** — Restent les *délires systématisés chroniques.* Beaucoup d'auteurs estimaient autrefois que ces psychoses ne se terminaient jamais par la démence. On se rappelle l'opposition qu'a rencontrée Magnan pour faire accepter la période démentielle de son délire chronique. L'effacement du délire, sa cristallisation, l'indifférence des malades, étaient mis sur le compte de leur long internement et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes (Séglas).

Ces faits ne sont plus aujourd'hui envisagés de la même façon : il est nombre de cas, dit Séglas, en parlant des délires systématisés, surtout des *variétés dites hallucinatoires,* qui arrivent à une *démence véritable* bien qu'incomplète et de caractères particuliers. Sérieux et Masselon admettent également que les *délires systématisés hallucinatoires* aboutissent plus ou moins tardivement à l'affaiblissement intellectuel ; mais, sans se prononcer d'une façon catégorique, ces auteurs hésitent cependant à faire rentrer les états d'affaiblissement intellectuel consécutifs aux délires systématisés hallucinatoires dans la variété paranoïde de la démence précoce. Pour nos collègues, il s'agirait bien là d'une *démence secondaire meta* ou *post-vésanique.* — Voilà en somme à quoi se réduirait le vaste groupe des démences vésaniques que tous les auteurs font encore figurer dans leurs classifications.

1. — Tous les auteurs admettent, et nous-même l'avons signalé plus haut, que la marche de la démence précoce est souvent interrompue par des rémissions qui passent souvent pour des guérisons. La maladie, dit Darcanne, procède quelquefois par accès. Ces accès durent plus ou moins longtemps ; ils cessent et l'on parle de guérison. En réalité, cette prétendue guérison n'est qu'une simple rémission qui pourra se reproduire une ou plusieurs fois. — Darcanne : Th. Paris, 1904, p. 116.

Doit-on se ranger à l'opinion de Séglas et de Sérieux, ou adopter celle de Krœpelin qui soutient que toutes les *variétés hallucinatoires de la paranoïa*, y compris le *délire chronique de Magnan*, doivent être considérés, au moins à titre provisoire, comme appartenant à la *démence précoce?*

En ce qui nous concerne, nous nous sommes déjà expliqué ailleurs sur cette question, nous n'y insisterons donc pas. Voici cependant quelques-uns des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de la théorie de Krœpelin.

Pour juger du niveau intellectuel des malades atteints de délires systématisés chroniques, il faut étudier le contenu de ces délires qui, comme on le sait, est presque toujours à base *d'idées hypochondriaques, de persécution ou de grandeur.*

Or, de l'avis de tous les auteurs, de semblables idées ne peuvent se développer qu'à la faveur d'un affaiblissement congénital ou acquis, temporaire ou permanent, des facultés ; leur fréquence, en dehors de la folie systématisée, chez les imbéciles, les débiles et les déments de toutes espèces, le prouve suffisamment, pour que nous n'ayons pas besoin de nous arrêter sur ce point. Il est vrai que les mêmes auteurs insistent à l'envi sur les caractères différents que présentent ces idées, dans les affections que nous venons de citer (imbécillité, débilité mentale, paralysie générale, etc.) et dans la paranoïa.

Pour démontrer la conservation relative de l'activité intellectuelle chez les paranoïaques, on invoque surtout la systématisation de leur délire ; leurs conceptions fausses, dit-on, s'enchaînent et se relient les unes aux autres ; seul, le point de départ de ces conceptions repose sur une fiction, mais celles-ci sont logiquement déduites les unes des autres, et on en conclut à l'intégrité des facultés syllogistiques de ces malades.

En réalité, la systématisation des idées chez ces sujets est loin d'être aussi inattaquable qu'on l'admet généralement (je rappelle qu'il ne s'agit ici que des variétés hallucinatoires de la paranoïa), l'échafaudage en est le plus souvent fragile et chancelant ; mais, en admettant même le parfait agencement de ces échafaudages délirants, il est bien évident qu'ils ne peuvent s'édifier qu'à la faveur d'une *crédulité* et d'une perte complète de la *faculté auto-critique,* qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés.

Mais cet affaiblissement, dira-t-on, est congénital, il n'est pas acquis, il n'est donc pas démentiel ? Il est probable qu'en réalité il est l'un et l'autre. En tout cas Magnan a signalé l'existence de délires systématisés, en apparence purs de tout mélange, chez des paralytiques généraux. Son élève Pécharman a également relevé plusieurs cas de délire systématisé chez les vieillards, c'est-à-dire chez des sujets dont le cerveau est en voie de régression athéromateuse. Délire systématisé et démence ne peuvent donc pas être considérés comme deux termes ennemis, contradictoires (Magnan).

D'autre part, la superposition si fréquente des idées de grandeur aux idées de persécution chez les paranoïaques, n'est-elle pas la preuve irrécusable des progrès de leur amoindrissement intellectuel ? Et la *cristallisation* elle-même de leurs conceptions délirantes, qui tournent dans un cercle de jour en jour plus étroit, se reproduisent constamment identiques à elles-mêmes, qui sont *stéréotypées,* comme on disait autrefois, ne constitue-t-elle pas un nouvel argument à l'appui de la thèse que nous défendons ? La *stéréotypie délirante* des délirants chroniques est évidemment un phénomème du même ordre que la *stéréotypie verbale* des déments précoces ; cette répétition monotone des mêmes mots dans un cas, des mêmes idées dans l'autre, ne peut être que le fait d'un effacement progressif des images mentales et de la fixation isolée, automatique, de quelques-unes seulement d'entre elles dans le champ de la conscience (Masselon), ce qui revient à dire que la démence est le *substratum* de ces stéréotypies.

Il y a encore une série d'autres caractères cliniques qui permettent de rapprocher les délirants systématisés chroniques des déments précoces ; il me suffira de rappeler les *gestes baroques,* les *tics de toutes espèces, les stéréotypies,* les *néologismes,* les *monologues,* et toute la série des prétendues réactions de défense ou de protection si fréquentes chez tous ces malades, et qui ne sont, en réalité, que des manifestations démentielles. Comment qualifier autrement l'acte de ce soi-disant hypochondriaque qui, d'après Morel, avait pris l'habitude de tenir constamment son pénis dans la main[1], parce que « *sans cela son*

1. — Morel : *Maladies mentales,* 1860, p. 705.

*existence eut été compromise* » ; et la réponse de ce lypémaniaque qui, interrogé sur la cause des gémissements qu'il poussait du matin au soir, disait que « *c'était pour maintenir son allure* ». « *Maintenir son allure,* s'écrie avec enthousiasme Morel, *voilà bien une phrase propre à un hypochondriaque, un spécimen de ce langage particulier qu'ils se créent et auquel j'ai fait allusion plus haut*[1]. »

Nous croyons être plus près de la vérité en disant modestement, que cette phrase était aussi dépourvue de signification pour celui qui la prononçait que pour nous, et qu'à elle seule, elle suffisait pour affirmer un état démentiel, sur l'existence duquel, la lecture de l'observation publiée par Morel ne laisse du reste aucun doute[2].

Telles sont les principales raisons qui nous semblent justifier l'introduction dans le cadre de la *démence précoce,* de la plupart des *délires systématisés hallucinatoires chroniques.*

Ajoutons enfin, que la terminaison constante de ces délires par une démence totale, peut encore être invoquée en faveur de la doctrine de Krœpelin. Si celle-ci rencontre encore une si grande opposition, c'est qu'au dire de certains auteurs il s'écoulerait un temps parfois considérable entre le début du délire systématisé et le moment où la démence fait son apparition ; il y a là une équivoque qui disparaîtrait, si tout le monde s'accordait pour donner au terme de démence la même valeur.

1. — Morel : *Maladies mentales,* 1860, note de la p. 302.

2. — « Lorsque je l'observai pour la première fois, dit Morel, en parlant de ce malade entré à 28 ans à Maréville, sa figure exprimait déjà une grande concentration. Ses yeux à demi-fermés, le rapprochement de ses sourcils, sa tête inclinée sur sa poitrine dénotaient le lypémaniaque. Ses réponses étaient justes et précises, mais brèves, et encore terminait-il ses phrases par un profond gémissement. Lui demandait-on la cause de ces gémissements, il répondait qu'il devait agir ainsi pour *maintenir son allure.*

La nuit, son anxiété augmentait encore, il réveillait ses camarades ; on dut l'isoler, et dans l'asile il n'était connu que sous le nom de *Gémisseur.* Jean-Baptiste était un travailleur infatigable; il se rendait au travail en courant, et en revenait de même; une de ses mains était appuyée sur la région coccygienne, et de l'autre bras il opérait des mouvements latéraux très multipliés. Toutes ces manœuvres avaient pour but d'empêcher ses ennemis d'entrer dans son corps, et il n'avait pas d'autres moyens de maintenir son allure. Mais il arriva une époque où cet état de lypémanie atteignit son paroxysme. Jean-Baptiste ne gémissait plus, il poussait de véritables mugissements.

Je l'ai fait représenter dans sa position favorite. Il est assis, la tête penchée sur la poitrine, avec une de ses mains il tord sa blouse, son pied droit est tendu,

Après Claus je rappellerai que le mot *Dementia* en allemand a une signification moins absolue que celle qu'on lui attribue en France, et que dans la 6e édition du traité de Krœpelin, le terme de démence est remplacé par celui de « *Schwachsinn* » qui signifie simplement *faiblesse d'esprit*.

En médecine mentale, plus peut-être encore que dans les autres branches de la médecine, il est nécessaire de définir exactement les termes que l'on emploie. Comme tous les processus, celui de la démence a un commencement, un milieu et une fin. En France, on a pris peu à peu l'habitude de réserver le mot démence pour désigner exclusivement la phase ultime des déficits intellectuels. En bonne logique, ce terme doit s'appliquer également aux phases initiales de ces déficits, lacunaires ou globaux, permanents ou progressifs, quelle que soit par ailleurs la subtilité que réclame leur constatation ; et cela, jusqu'au jour où les progrès de l'anatomie pathologique nous permettront de faire, pour le syndrome clinique de la démence, ce qui a été si heureusement réalisé par les remarquables travaux de Bourneville et de quelques autres auteurs, pour le syndrome clinique de l'idiotie.

**Démences vésaniques ou démences organiques.** — En s'appuyant sur ces considérations purement cliniques, on serait donc en droit de nier aujourd'hui l'existence des *démences*

et de son talon il frappe le sol. Ce mouvement de frapper est en harmonie avec le rythme de ses mugissements, et que l'on ne croie pas qu'il y a chez ce malheureux une interruption à un état pareil ; il mugit en mangeant, il mugit avant de s'endormir, et il ne s'interrompt que pour faire grincer ses dents de la façon la plus pénible. Arrivé au dernier degré du marasme, nous sommes obligé de l'aliter. Il ne mange plus qu'avec la plus grande difficulté ; ses extrémités inférieures sont infiltrées ; sa poitrine est resserrée par le défaut d'inhalation d'une quantité d'air suffisante ; ses poumons ne fonctionnent pour ainsi dire plus que d'une manière imperceptible, son corps est couvert de plaies ; quand il ne peut plus déchirer ses vêtements, il se lacère la peau. Il meurt enfin après avoir été quatre années entières dans la même situation. Jusqu'au dernier instant cet infortuné conserva le souvenir de sa famille. Trois jours avant sa mort, il écrivit d'une main défaillante à son père une lettre dont voici quelques phrases : « Je gémis » toujours pour maintenir mon allure. — J'ai bien peur de mourir, et je ne puis » vivre. — Ces Messieurs ont fait ce qu'ils ont pu, les autres sont les plus forts, etc. » Morel : Ét. cliniques.

Les *éclaircies lucides* auxquelles il est fait allusion dans ces dernières lignes, lorsqu'elles se produisent dans les derniers jours de la vie, ne plaident pas, comme on pourrait être tenté de le croire, contre le diagnostic de démence précoce. Beaucoup d'auteurs les ont signalées, Meeus en a rapporté un cas très démonstratif et j'en ai observé moi-même un exemple.

*vésaniques* ou *secondaires,* mais d'autres raisons peuvent encore être invoquées en faveur de cette thèse.

Depuis longtemps, l'anatomie pathologique avait devancé sur ce point la clinique, en établissant l'existence dans tous les cas de démences chroniques, de lésions matérielles de la corticalité cérébrale, et en montrant que l'intensité de ces lésions était toujours en rapport avec la gravité des symptômes : il est donc bien difficile, pour tout esprit non prévenu, de ne pas admettre un rapport de causalité entre ces lésions et le tableau symptomatique de la démence.

Pierret, le premier en France, a soutenu cette doctrine qui a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs.

La démence, quelle que soit son origine, dit Nissl, a toujours un *substratum anatomique objectivement démontrable :* toutes les démences sont donc foncièrement *organiques,* et diffèrent seulement entre elles, par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex.

A la vérité, Klippel et Lhermitte ont essayé récemment d'établir une ligne de démarcation entre les *démences organiques* et les *démences vésaniques,* en se fondant sur la différence de localisation des lésions respectives de ces deux groupes d'états démentiels.

D'après cette théorie, « les *délires* et les *démences* dites *organiques* auraient pour caractère anatomique d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et à côté des lésions du neurone et de la névroglie (tissu neuro-epithélial), d'entraîner celle des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives).

» Les *délires* et les *démences vésaniques* seraient liés aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions[1] ».

On remarquera qu'à cette différence de siège des altérations, ne correspond aucune différence de nature. Il s'agit toujours de lésions destructives avec désintégration plus ou moins complète de la cellule, mais tandis que l'élément noble est seul intéressé

1. — Klippel et Lermitte : *Anat. Path. et Pathogénie de la démence précoce,* in-Revue de psych., 1904, n° 2.

dans un cas, dans l'autre, sa gangue vasculo-conjonctive participe au processus.

Dans ces conditions, est-on réellement fondé à séparer aussi nettement des affections qui reconnaissent un même substratum ne différant que par son étendue ? D'autres répondront, et pour commencer, voici déjà l'opinion du professeur Pierret sur la question : « De toutes les lésions observées au cours des démences, écrit son élève Bridier, la plus constante est celle de la *cellule corticale*. Il ne s'agit pas seulement d'une lésion banale telle que la chromatolyse, mais de la destruction de l'élément et de son remplacement par des amas de noyaux ou tout au moins par une dégénérescence granulo-pigmentaire », et plus loin : « *au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques*[1] ».

La clinique nous ayant déjà fourni la même réponse, c'est à cette conclusion que nous nous rallierons, d'autant plus qu'elle est basée non pas sur l'examen de quelques cas de démence précoce, comme celle de Klippel et Lhermitte, mais sur un ensemble de faits comprenant les principaux types de démences classiques, y compris les anciennes démences aiguës curables d'Esquirol (confusion mentale, stupidité, etc...), que je n'ai pu étudier ici, sous peine de passer en revue toute la pathologie mentale.

Abstraction faite de ces démences aiguës, nous avons essayé d'établir que l'ancien groupe disparate et hétérogène des *démences dites vésaniques* ou *secondaires* ne pouvait plus être maintenu dans les classifications psychiâtriques ; parmi ces démences, il en est d'abord plusieurs qui doivent forcément disparaître, puisque les psychoses dont elles constituaient le stade terminal ont perdu leur autonomie ; telles sont les démences consécutives aux folies simples, la *démence maniaque*, la *démence mélancolique*, etc. Quant aux deux autres groupes de *démences vésaniques*, celles qui sont consécutives aux prétendues *psychoses dégénératives*, aux *délires systématisés aigus* ou *chroniques* (variétés hallucinatoires), etc., elles ressortissent toutes aux différentes formes de la *démence précoce*, et, par

1. — Bridier : *Anat. Path. des démences*, Th. Lyon, 1902, pp. 90 et 95.

conséquent, appartiennent à la catégorie des *démences primaires.*

Ainsi se trouve vérifiée, contrairement à l'opinion récemment formulée par Serbsky [1], la prévision exprimée au début de ce rapport que la reconnaissance, comme entité morbide de la démence précoce, aurait pour conséquence de bannir de la nomenclature les anciennes folies simples et la plupart des psychoses dites de dégénérescence, ainsi que les *démences vésaniques* ou *secondaires.*

Défalcation faite des *démences toxiques* et des *démences névrosiques* qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, on pourrait, en s'appuyant sur ces données, essayer de grouper au moins provisoirement les *démences organiques* (y compris les anciennes démences vésaniques) en deux grandes classes : celles qui sont dues à des *lésions circonscrites, solitaires* ou *multiples,* et celles qui reconnaissent pour cause des *lésions diffuses et généralisées d'emblée ;* cette seconde classe pourrait elle-même être subdivisée en deux groupes, à la vérité artificiellement séparés, suivant qu'il s'agit de *lésions aiguës* ou *chroniques, réparables* ou *destructives.*

Ce classement permettrait de réserver une place aux *anciennes démences aiguës curables* [2] qui, nées dans notre pays, ont au moins autant de peine aujourd'hui à s'y acclimater que la démence précoce.

1. — W. Serbsky : *Contribut. à l'étude de la démence précoce.* Ann. Méd. Psych., nos de novembre 1903, janvier et mars 1904.

2. — A propos de cette curabilité, voici comment s'exprime Bridier : « Si les cellules ne sont pas profondément altérées comme structure, si même elles persistent en nombre suffisant, tout atteintes qu'elles soient, ces altérations pourront ne se révéler en clinique que par le syndrome confusion mentale simulant plus ou moins la démence; dans ce cas, une réapparition ultérieure de l'intelligence sera possible. L'état démentiel, au contraire, se rattache à la mort cellulaire. — Bridier : *Anat. Path. des démences,* Th. Lyon, 1902, p. 90. — Voir aussi le mémoire de Kovalewski sur *la curabilité de la démence,* in-Ann. méd. Psycholog., juillet 1886.

# TABLE DES MATIÈRES

Pages.

AVANT-PROPOS ..... 141

CHAPITRE I. — Division du sujet ..... 143

CHAPITRE II. — Genèse et formule de la démence précoce : psychose constitutionnelle ou psychose accidentelle ..... 145

CHAPITRE III. — La Démence précoce d'après les conceptions actuelles ; étude clinique ..... 165

CHAPITRE IV. — Étude anatomo-pathologique ..... 185

CHAPITRE V. — Étude étiologique ..... 193

CHAPITRE VI. — Nature et Pathogénie de la Démence précoce. 200

CHAPITRE VII. — Les Démences vésaniques en général ..... 208

# Les
# Localisations des Fonctions motrices de la Moelle épinière

PAR

le Dr F. SANO

Médecin des Hôpitaux Civils d'Anvers,
Membre Correspondant Étranger de la Société de Neurologie de Paris
et de la Société Médico-Psychologique de Paris.

## *LIMINAIRE*

**1.** — Les corrélations morphologiques et fonctionnelles de nos organes répondent à des lois générales que l'anatomie comparée et l'embryologie nous décèlent. Ces lois nous offrent le précieux avantage d'éclairer avec intensité et de coordonner sans effort les détails de structure et les moindres rapports physiologiques, objets de nos études. Elles expriment également la synthèse de nos connaissances et elles dirigent les investigations nouvelles.

**2.** — Toujours la spécialisation fonctionnelle et la différenciation anatomique sont intimement corollaires l'une de l'autre. Dans le système nerveux nous comprenons, sous la dénomination de *localisation*, l'aspect aussi bien dynamique que statique de l'adaptation d'une partie de ce système à un rôle déterminé.

**3.** — *a)* A quel degré les fonctions motrices de la moelle épinière sont-elles localisées ?

*b)* Connaissons-nous suffisamment de territoires nettement

délimités pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble ?

*c)* De l'ordonnance des localisations motrices dans la moelle épinière, ressort-il des indications générales sur les rapports qu'elles affectent entre elles et les concordances qu'elles présentent avec les organes périphériques innervés ?

**4.** — Une double appréhension me préoccupe en écrivant cette étude. Des années de recherches et de lecture ont donné, à ceux qui se sont occupés de ces problèmes, la conviction qu'il existe dans la moelle des dispositions du plus haut intérêt liées, sans conteste, aux fonctions motrices. J'y vois régner une grande et constante simplicité, dont les preuves matérielles ne sont pas toujours aisées à recueillir, mais qui s'annonce, éclatante, à l'horizon de nos labeurs. Arriverai-je à vous convaincre, ou tout au moins à vous intéresser ?

Mes moyens sont limités, et mon infériorité apparaîtra d'autant plus que je m'adresse à l'élite scientifique d'une nation qui sut conserver à ses travaux le privilège d'une clarté de conception universellement reconnue et admirée.

---

## A. — HISTORIQUE

**5.** — Pour Ch. Bell, la structure du système nerveux est fibrillaire et par là même essentiellement disposée pour garantir les localisations fonctionnelles. Ce savant établit une distinction expérimentale, nette, entre la fonction motrice et la fonction sensitive (1811).

Bartolomeo Panizza conclut de ses recherches expérimentales que toutes les racines motrices d'un plexus ont une fonction commune ; elles sont solidaires entre elles, mais capables chacune de maintenir l'intégrité fonctionnelle (1834).

Les travaux de Kronenberg, de Müller et Van Deen ne firent que confirmer ces conclusions.

Johan Müller résume ainsi l'état de la question : « Le but des plexus nerveux semble être, par rapport aux nerfs moteurs, de conduire à chaque nerf des fibres provenant de différents points du cerveau et de la moelle épinière (1840).

Cette première période ébauche le problème des localisations motrices radiculaires.

**6.** — Peyer, plus précis que ses devanciers, sectionna les racines et les excita ensuite électriquement. Il donne déjà pour chaque racine les muscles innervés par elle. Il conclut qu'un muscle reçoit son innervation de plusieurs racines. Les nerfs ne se réunissent pas en faisceaux extenseurs ou fléchisseurs, mais ils se groupent d'une façon beaucoup plus complexe. Les muscles les plus rapprochés de la main dépendent des segments les plus rapprochés du premier segment dorsal. Dans une seconde série d'expériences il sectionne toutes les racines sensitives, sauf une, puis il tâche d'obtenir des réflexes par excitation périphérique ; il conclut que le territoire innervé par une racine sensitive correspond, approximativement, à la peau qui recouvre les muscles innervés par la racine motrice de même nom (1854).

Krause confirma par ses dissections et ses analyses anatomo-pathologiques les recherches de physiologie expérimentale de

Peyer. Il étudia les plexus en les dissociant après macération. Il sectionna des racines et étudia dans les plexus et les nerfs périphériques la marche de la dégénérescence Wallérienne. C'est ainsi que, chez le singe, il ne trouva pas de dégénérescence dans le cubital et le médian après section de la 6me et de la 7me racine motrice. Il en conclut que les muscles de la main reçoivent leur innervation du 8me segment cervical et du 1er dorsal, comme Peyer l'avait avancé (1865-1868).

En sectionnant transversalement la moelle, Masius et Vanlair arrivèrent à cette conclusion qu'à chaque racine correspond un centre réflexe médullaire. Ils délimitèrent exactement la hauteur des noyaux d'innervation des membres chez la grenouille (1870).

Ces recherches sont d'une objectivité consciencieuse, elles n'empruntent pas encore aux théories physiologiques pures de l'époque suivante l'empreinte d'une imagination quelquefois trop fertile.

Il en ressort clairement qu'il doit exister des localisations radiculaires motrices à topographie constante et que les méthodes employées, notamment celle de la dissection patiente et celle des dégénérescences Walleriennes, peuvent suffire à leur découverte. C'est encore vrai aujourd'hui.

**7.** — Une nouvelle période est inaugurée par les remarquables travaux de Vulpian. Ce maître, à la mémoire duquel nous aimons à rendre ici un hommage d'autant plus justifié que nous voyons ses plus brillants élèves participer à l'organisation de ce Congrès, ce maître incomparable a su ouvrir à l'étude des localisations médullaires toute l'étendue des régions sur lesquelles elle s'exerce encore actuellement. Ce n'est plus la délimitation purement *extérieure* des localisations, c'est leur raison d'être même, due à la structure de la substance grise et des faisceaux médullaires que nous devrons soumettre au contrôle de l'examen microscopique.

C'est donc avec Dickinson, Vulpian plus particulièrement, Zach, Johnson et Lockhart Clarke, Troisier, Prévost et David, plus tard avec Hayem, et expérimentalement avec von Gudden et ses élèves, et Hayem, que le problème prend une allure toute nouvelle : il s'agit de délimiter les territoires moteurs dans la substance grise de la corne antérieure (depuis 1868).

Cependant les études anatomopathologiques des moelles d'amputés ne confirmèrent, que très approximativement dans leur ensemble, les données expérimentales obtenues par les méthodes physiologiques.

Il faut lire le travail de Vanlair, écrit en 1891, pour voir à quelles divergences de vues on avait abouti. Aucune conclusion suffisamment précise ne découlait encore de ces premiers essais.

**8.** — Dès lors ce furent les conceptions habiles des physiologistes qui restèrent le plus en honneur.

A l'opinion de Johan Müller fit place celle de Remak, d'après lequel les muscles, dont l'action est synergique et qui sont en relation fonctionnelle, reçoivent leur innervation d'une même région médullaire. Les racines président à des mouvements combinés (1876-1879).

Sous une forme plus frappante encore Ferrier et Yeo admirent une théorie fonctionnelle, basée sur les résultats obtenus par les excitations faradiques des racines.

L'excitation des racines ne produit pas, disent-ils, des contractions isolées des différents muscles, mais une *synergie fonctionnelle* d'un ordre très élevé, comme Remak l'a déjà soutenu.

Les muscles sont innervés dans la plupart des cas par plusieurs troncs nerveux, d'où il ressort que les réunions plexiformes des différentes racines ont pour but de distribuer dans les nerfs les fibrilles motrices qui innervent les différents muscles participant à chaque combinaison fonctionnelle. C'est l'ancienne idée de Müller adaptée aux connaissances nouvelles.

La section d'une racine n'amènera donc pas nécessairement la paralysie d'un certain nombre de muscles, mais l'abolition des mouvements coordonnés auxquels elle préside. Cependant il est clair que la parésie s'accentuera à mesure que l'on sectionne plus de racines et que l'on supprime ainsi plus de mouvements coordonnés possibles. C'est en ce sens que l'idée de Panizza peut être justifiée.

Ferrier et Yeo admettent donc que les renflements cervical et lombaire, contiennent des centres hautement différenciés qui président à des mouvements coordonnés avec précision, différents suivant le rang et les habitudes de chaque espèce animale. C'est ainsi, par exemple, que, chez le singe, l'excitation de la

5me racine cervicale produit le mouvement de la main portée à la bouche; celle de la 6me le mouvement qui consiste à porter la main au pubis, ou, lorsque la main est fixée, d'élever le corps sur une branche ou un trapèze. L'excitation de la 7me racine c. produit le mouvement scalptor ani, etc... (1881).

Ces résultats furent confirmés par les expériences de Paul Bert et de Marcacci (1881). En résumé, ces diverses expériences semblaient montrer que lorsque sur certains animaux (singe, chien et chat) on coupe ou on excite électriquement une paire nerveuse, on paralyse ou on excite un groupe de muscles concourant à produire un mouvement synergique et non certains muscles isolés fonctionnellement.

**9.** — Malgré ces théories physiologiques, les auteurs cherchaient déjà à réunir en des tableaux synthétiques les muscles innervés par chacune des racines. Ferrier et Yeo, Sherrington, Russel et plus tard Beevor, Huglings Jackson, Allen Starr, Thorburn, Horsley, Gowers ont suivi cette tendance que le professeur Forgue a de bonne heure indiquée comme la meilleure et même la seule admissible, se mettant, avec raison, en opposition directe avec les idées régnantes il y a une vingtaine d'années.

Nous aurons à revenir sur les divergences qui séparent les tableaux des auteurs. Celui d'Allen Starr est le plus répandu, le plus admis, mais il me parait que celui de Gowers est encore le plus clairement disposé.

Nous y remarquons que d'une manière générale les muscles sont innervés par au moins deux racines, que les faisceaux nerveux innervant les muscles des membres ont une localisation d'autant plus caudale qu'ils se trouvent plus en situation distale et postérieure (le rebord cubital du bras étant philogénétiquement plus bas et plus postérieur que le rebord radial).

**Relations approximatives des nerfs spinaux avec les fonctions motrices de la moelle épinière** (d'après Gowers, 1886).

*Racines motrices :*

| | | |
|---|---|---|
| | 1, 2 | Courts rotateurs de la tête. |
| Sternomastoïdeus, muscles supérieurs du cou, trapezius, partie supérieure. | 3 | Levator ang. scap. |
| | 4 | Diaphragma. |
| | 5 | Serratus, fléchisseurs du coude, supinateurs. (Muscles de l'épaule.) |
| | 6 | |
| | 7 | Extenseurs du poignet et des doigts. |
| Muscles inférieurs du cou, trapezius, partie moyenne. | 8 | Extenseurs du coude, fléchisseurs du poignet et des doigts, pronateurs. |
| | 1 | Muscles de la main. |
| | 2 | |
| | 3 | |
| | 4 | |
| | 5 | |
| Trapezius, partie inférieure, | 6 | Intercostales. |
| | 7 | |
| | 8 | |
| muscles du dos. | 9 | |
| | 10 | Muscles de l'abdomen. |
| | 11 | |
| | 12 | |
| | 1 | |
| | 2 | |
| Muscles lombaires. | 3 | Cremaster, fléchisseurs du fémur. |
| | 4 | Extenseurs du fémur, adducteurs du fémur. |
| Peroneus longus, fléchisseurs du pied, extenseurs du pied. | 5 | Extenseurs et adducteurs du fémur. |
| | 1 | Fléchisseurs du genou. |
| | 2 | Muscles intrinsèques du pied. |
| | 3, 4 | Muscles du périnée et de l'anus. |
| | 5 | |
| | C• | |

**10.** — Nous avons dit que l'examen des moelles d'amputés n'avait donné que des résultats contradictoires. Cependant les auteurs qui, à la suite de Vulpian, ont examiné des moelles de ce genre nous ont laissé des documents figurés du plus grand intérêt parce qu'ils confirment les recherches actuelles. Plusieurs de ces auteurs avaient vu, avec beaucoup de clarté, quelles

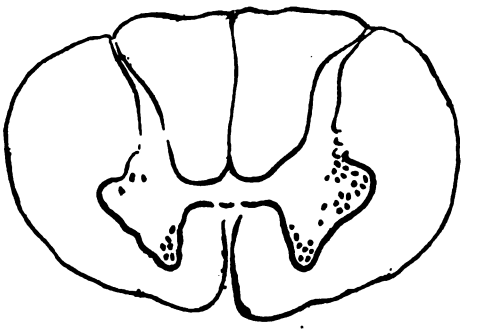


**Fig. I.**

**Coupe au niveau du 8me segment cervical dans un cas d'atrophie de l'éminence thénar.**

**(Prévost et David, 1874.)**

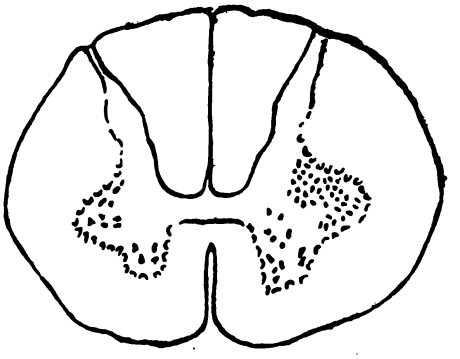


**Fig. II.**

**Coupe au niveau du 7me segment cervical dans un cas d'amputation de l'avant-bras.**

**(Hayem et Gilbert, 1884.)**

**Pour rendre les figures I et II comparables entre elles et à la fig. III nous avons entouré les figures originales du contour de la moelle.**

ressources nous offrent ces cas et il importe de rappeler que, dès 1884, Hayem et Gilbert donnaient l'interprétation exacte de la pathogénie des lésions en écrivant : « Nous pensons qu'un traumatisme portant sur la continuité d'un nerf peut déterminer directement dans la moelle des phénomènes irritatifs du côté des cellules. Le cylindre-axe, en effet, étant une simple émanation des cellules de la moelle.... »

Nissl fit dix ans plus tard la vérification expérimentale rapide de cette interprétation et nous donna une méthode nouvelle, dont la précision et la finesse sont évidentes, et qui nous permet de dissocier les unités fonctionnelles d'un ou de plusieurs centres sans intervenir directement ni chirurgicalement sur ceux-ci.

Fig. III.
3me segment lomb.

Cellules qui doivent être en rapport avec le quadriceps femoris.

(Hammond, 1894.)

Fig. IV.
10me segment dorsal.

Cellules qui innervent les muscles abdominaux.

Fig. V.
Partie cervicale inférieure.

Noyau antérieur qui doit appartenir aux muscles de l'avant-bras.
Noyau postérieur et externe qui appartient aux muscles intrinsèques de la main.

Fig. VI.

Partie inférieure du 3me segment cervical d'un cas de poliomyélite.
Les groupes conservés dans la corne antérieure à gauche doivent contenir le noyau du n. phrénique.
(Collins, 1894.)

Ce sont, en majeure partie, les résultats obtenus par cette méthode que nous aurons à examiner dans le cours de ce rapport.

**11.** — Il importe cependant de faire encore mention de quelques études d'autant plus importantes qu'elles nous mon-

trent ce qu'on peut obtenir par des procédés moins récents, mais patiemment appliqués.

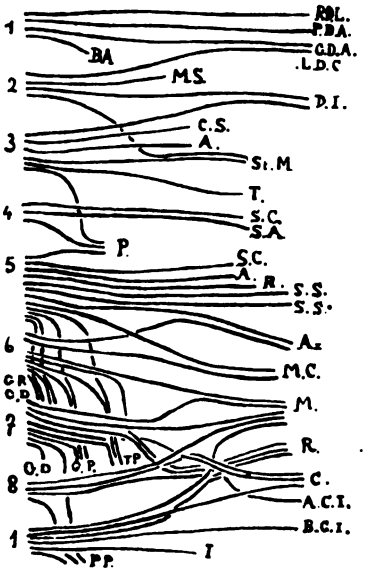



Fig. VII.

**Schéma des principales branches nerveuses fournies par les huit paires cervicales et la première paire dorsale (Féré).**

Petit Droit Latéral. — Petit Droit Antérieur. — Grand Droit Antérieur et Long du Coup. — Branche Anastomotique à la XII° et à la X° paire, ainsi qu'au ganglion cerv. sup. — Branche Mastoïdienne Superficielle. — Branche Descendante Interne. — Cervical Superficiel ou transverse. — Branche Auriculaire. — Sterno Cleido-Mastoïdien. — Trapèze. — Sus-Claviculaire. — Sus-Acromial. — Phrénique. — Sous-Claviculaire. — Angulaire. — Rhomboïde. — Sus-Scapulaire. — Sous-Scapulaire Supérieur. — Axillaire. — Musculo-Cutané. — Médian. — Grand Rond. — Grand Dentelé. — Radial. — Thoracique Postérieur. — Grand Pectoral. — Grand Dorsal. — Cubital. — Accessoire Cutané Interne. — Brachial Cutané Interne. — Intercostal. — Petit Pectoral.

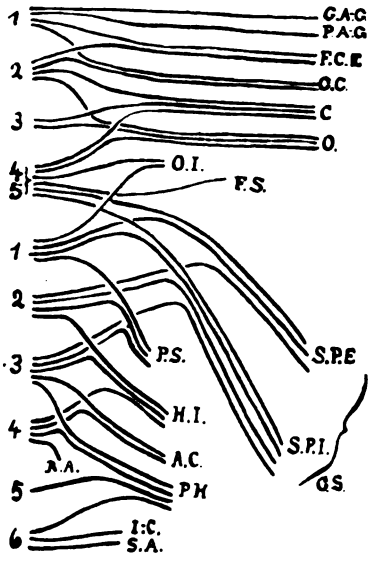



Fig. VIII.

**Schéma des principales branches nerveuses fournies par les paires lombaires et sacrées (Féré).**

Grand Abdomino Génital. — Petit Abdomino Génital. — Fémoro-Cutané externe. — Genito-Crural. — Crural. — Obturateur. — Obturateur Interne. — Fessier Supérieur. — Sciatique Poplité Externe. — Sciatique Poplité Interne. — Grand Sciatique. — Petit Sciatique. — Honteux Interne. — Anal Cutané. — Releveur de l'Anus. — Plexus Hypogastrique. — Isschio-Coccigien. — Sphincter Anal.

La dissection des plexus, étude purement anatomique, a permis à Féré (1883), et à Herringham (1886), de dresser un schéma d'une précision et d'une valeur bien plus grandes que celles atteintes par les démonstrations si fugaces et si délicates des excitations faradiques. C'est aussi par ces moyens très simples et sans s'aider du moindre réactif que Bolk a

déterminé, pour chaque métamère, les éléments constitutifs qui restent reliés par les fibres nerveuses à leur segment médullaire respectif (1897).

Dans son examen méthodique par coupes sériées de la moelle du gorille, Waldeyer a montré l'importance de l'étude préalable et impartiale de la topographie médullaire. Mais son œuvre reste indécise parce qu'il ne voyait pas encore la possibilité d'une différenciation fonctionnelle des groupements naturels des cellules ganglionnaires (1891).

En suivant son exemple, mais en étant mieux éclairé, Bruce a publié un atlas topographique de la moelle humaine où nous voyons une figuration parfaite des groupements cellulaires avec toute la précision que peut donner la méthode anatomique descriptive (1901). C'est le meilleur guide pour maintenir dans les bornes de la possibilité anatomique les théories hardies qu'on est inévitablement tenté d'admettre après des études physiologiques ou anatomo-cliniques.

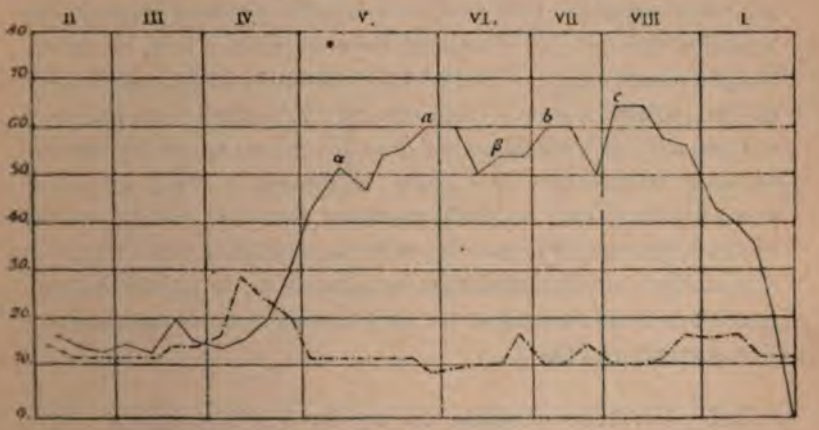



Fig. IX.

*Courbe n° I.* — Nombre des cellules de la moelle cervicale d'un homme adulte (Kaiser).
*Courbe supérieure* = Groupe du nerf XI et groupe latéral ; *Courbe inférieure* = Groupe médian et groupe antérieur.
Nombre total approximatif des cellules de la corne antérieure de la moelle cervicale :

| | | |
|---|---|---|
| Segment cervical | IV | 28.440 |
| — | V | 64.230 |
| — | VI | 44.560 |
| — | VII | 36.830 |
| — | VIII | 47.970 |
| Segment dorsal | I | 27.600 |
| | Total | 249.650 |

Soit environ 250.000 ¹.

Enfin Kaiser, principalement inspiré par l'anatomie comparée normale, en exposant les courbes formées par les moyennes du nombre des cellules à chaque niveau de la moelle, parvint à donner une preuve tangible des corrélations fonctionnelles existant entre les muscles de la périphérie et les différents groupements cellulaires de la moelle cervicale (1891).

**12.** — Toutes les méthodes doivent être mises à contribution pour résoudre un problème de cette importance. Si les résultats obtenus par l'anatomie descriptive, par l'anatomie comparée, par la physiologie, par l'anatomie pathologique expérimentale ou clinique sont capables de nous donner déjà des conclusions nettement positives, combien l'embryologie ne leur est-elle pas supérieure par l'ampleur de ses vues synthétiques et la clarté si grande qu'elle est capable de répandre dans tous les domaines biologiques. Outre qu'elle embrasse toutes les autres méthodes, car elle leur emprunte leurs procédés, elle simplifie la topographie des organes. Elle seule est capable de nous donner des schémas qui ont cet avantage incomparable d'être en même temps l'image exacte d'une réalité existante. L'honneur d'avoir mis la question sur ce terrain revient à M. le professeur Brissaud et nous aurons à examiner en quoi les dispositions des noyaux moteurs médullaires de l'adulte répondent à l'idée que nous pouvons nous faire du développement parallèle des myomères et des segments de la moelle, de la segmentation des bourgeons épimériques, de l'amplification corrélative de la moelle dans sa partie brachiale et dans sa partie lombaire et de sa métamérisation secondaire (1894).

**13.** — L'étude détaillée des recherches historiques a été faite si souvent que je n'ai pas cru nécessaire de la recommencer en détail. Une telle revue, outre qu'elle eut été d'une longueur démesurée, n'eut été lue que par ceux qui préfèrent s'en rapporter aux originaux. Cet exposé d'ailleurs perd de jour en jour de son intérêt, car les dernières années sont si riches en aperçus nouveaux et démonstratifs, que les travaux d'avant 1890 ont presque perdu toute valeur. Le lecteur fera bien cependant de parcourir la bibliographie, intentionnellement placée aux pages suivantes. Une grande leçon s'en dégage pour qui connaît

l'importance des travaux qui y sont consignés et pour l'appréciation desquels les pages précédentes peuvent servir de guide.

La méthode anatomo-clinique est le plus puissant stimulant des recherches expérimentales. Éclairé par leurs résultats, souvent indécis mais toujours intéressants, l'anatomiste apprend à voir des détails qui n'avaient jamais attiré son attention ou qu'il avait considérés comme de simples « jeux de la nature ».

En voici un exemple frappant. L'atlas topographique de Bruce est une merveille que l'anatomie eut pu nous donner depuis Stilling, le père de la méthode des coupes sériées. Mais il fallut soixante ans d'études préliminaires et de controverses pour qu'il apparut enfin clairement qu'un tel labeur avait sa raison d'être et qu'il était même le *guide préliminaire* indispensable !

C'est sous son contrôle seulement que les solutions proposées acquièrent un degré suffisant de certitude. D'abord de l'anatomie, disait von Gudden, ensuite de la physiologie et, enfin, si c'est encore nécessaire, de la pathologie.

---

## B. — BIBLIOGRAPHIE

1811 Ch. Bell. — An idea of a new anatomy of the brain. (London.)

1834 Bartolomeo Panizza. — Richerche sperimentali sopra i nervi animali.

1835 Bartolomeo Panizza. — Richerche sperimentali sopra i nervi animali. *(Froriep's Notizen.)*

1836 Kronenberg. — Plexuum nervorum structura et virtutes. (Berolini.)

— Remak. — Vorläufige Mittheilung mikroskopischer Beobachtungen. *(Müller Archiv.)*

1840 Müller. — Physiologie du S. N. (Trad. Jourdan, p. 631.)

1854 Peyer. — Ueber der peripherischen Endigungen... *(Zeitsch, f. Rat. Med.)*

1865 Krause. — Beitrage zur Neurologie der oberen Extremität.

1868 Krause. — Anatomie des Kaninchens. (Leipzig.)

— Dickinson. — On the changes in the nervous systeme wich follow the amputation of limbs. *(Journal of anat. and phys.*, p. 88.)

— Vulpian. — Influence de l'abolition des fonctions des nerfs sur les régions de la moelle épinière qui leur donnent origine. Examen de la moelle d'anciens amputés. *(Arch. de Physiologie*, p. 443 ; *id.* 1869, p. 675.)

— Zach, Johnson and Lockhart Clarke. — On a remarquable case of extrem muscular atrophy with extensive desease of the spinal cord. *(Medico-Chirurg. transact.*, vol. 54, p. 250.)

1870 Masius et Vanlair. — De la situation et de l'étendue des centres réflexes. *(Mémoires de l'Ac. de Méd., Belgique.)*

— Gudden. — Experimentell-anatomische Untersuchungen über das peripherische und centrale nervensystem. *(Arch. f. Psych.*, II, p. 693.)

1871 Troisier. — Note sur l'état de la moelle épinière dans un cas d'hémimélie unithoracique. *(Arch. de Phys.*, IV, 1871-72.)

1872 Vulpian. — Sur les modifications anatomiques de la moelle épinière à la suite de l'amputation d'un membre ou de la section des nerfs de ce membre. *(Bull. de l'Acad. des Sciences.)*

1873 Hayem. — Les altérations de la moelle consécutives à l'arrachement du nerf sciatique chez le lapin. *(Arch. de Phys. normale et Path.*, V, p. 504.)

1874 Prévost et David. — Note sur un cas d'atrophie des muscles de l'éminence thénar droite avec lésion de la moelle épinière. *(Arch. de Phys.*, p. 595.)

1875 HAYEM. — Lésions des nerfs des membres consécutives à l'amputation. *(Bull. de la Soc. Anat.*, p. 684.)

1876 HAYEM. — Seconde communication sur l'état des membres qui ont subi une amputation ancienne. *(Bull. de la Soc. Anat.*, p. 230.)

— GEUZMER. — Veranderung im Ruckenmarke eines Amputirten, *(Virchow Arch.*, Bd. 66.)

— REMAK. — Zur Pathogenese der Bleilähmungen. *(Arch. f. psych.)*

— SCHULTZE. — *(Virchow Archiv.)*

1877 MAYSER. — Experimenteller Beitrag zur Kenntnis des Baues des Kaninchenrückenmarkes. *(Arch. f. Psych.*, VII, s. 539.)

1878 DEJERINE et MAYOR. — Recherches sur les altérations de la moelle épinière et des nerfs du moignon chez les amputés d'ancienne date. *(Bull. de la Soc. de Biolog.*, 1878.)

1879 REMAK. — Ueber die Localisation... *(Arch. f. Psych.)*

— MONAKOW. — *(Arch. f. Psych.*, p. 523.)

— KAHLER und PICK. — *(Arch. f. Psych.*, p. 364.)

— TALAMON. — Des lésions du S. N. central d'origine périphérique. *(Revue mensuelle de Méd. et de Chir.)*

— WOOD. — *(Phyladelphy med. Times, nov.)*

— DRESCHFELD. — On the changes of the spinal cord after amputation of limbs. *(Journal of Anat. and Phys.)*

1880 KAHLER und PICK. — Beitrag zur Lehre von der Localisation in der grauen Substanz des Ruckenmarkes. *(Arch. f. Psych.*, Bd, X.)

— ERLITZKY. — Ueber die Veränderungen im Ruckenmarke bei amputirten Hunden *(Petersburg. Med. Woch.*, n° 5, pp. 38 et 45.)

1881 ROSS. — A treatise on the diseases of the nervous system. II. (London.)

— MEYER. — *(Präger Zeitschrift f. Heilkunde.)*

— FERRIER et YEO. — The Functional relations of Motor Roots of... *(Proceed. Roy. Soc. London, id. Centralbl. f. Nervenh. Psych. u. Ger. Psych.)*

1881 P. BERT et MARCACCI. — Étude sur la distribution... *(C. R. Soc. de Biol.)*

1882 PIERRET. — Note présentée par Vulpian. *(C. R. Ac. des Sciences.* Paris.)

— SASS. — Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen der motorischen Ganglienzellen der Medulla spinalis zu peripherischen Nerven. *(Virchow Arch.*, Bd. 116, p. 242.)

— BIRGE. — Die Zahl der Nervenfasern und der motorischen Ganglienzellen in Ruckenmarke des Frosches. *(Arch. f. Anat. u. Phys. physiol. Abt.)*

— EDINGER. — Rückenmark u. Gehirn in einem Falle von angebornem Mangel eines Vorderarms. *(Virchow Arch.*, Bd. 89, s. 46.)

1883 SAHLI Zur Lehre von den spinalen localisationen. *(Deutsche Arch. f. Klinische Medizin,* Bd. 33.)

— FÉRÉ. — Sur les plexus des nerfs spinaux. *(Arch. de Neur.)*

— FORGUE. — Distribution des racines motrices dans les muscles des membres. (Thèse Montpellier.)

1884 HAYEM et GILBERT. — Note sur les modifications du système nerveux chez un amputé. *(Arch. de physiol.,* p. 430.)

— VIGNAL. — Formation et développement des cellules nerveuses de la moelle épinière des mammifères. *(Comptes-rendus,* T. 99, p. 420. — *Arch. de physiol.,* 3e série, t. IV.)

— FORGUE et LANNEGRACE. — Distribution des racines motrices dans les muscles des membres. *(Comptes-rendus,* T. 98, p. 685.)

— FORGUE et LANNEGRACE. — Sur la distribution spéciale des racines motrices du plexus brachial. *(Comptes-rendus,* t. 98, p. 829.)

1885 BEEVOR. — On two cases illustrating the localisation of motor centres in the brachial enlargement of the spinal cord. Brit. med. Jour, p. 784 (avec discussion de Huglings Jackson et Ferrier).

— PATERSON. — The limb plexuses of mammals. *(Jour. of anat. a. physiol.,* p. 611, vol. XXI.)

1886 DUDLEY. — *(Brain.)*

— FRIEDLÄNDER und KRAUSE. — Ueber Veränderungen der Nerven u. des Rückenmarks nach amputationen. *(Fortschritte der Med.,* IV, 23, p. 749.)

— SIEMERLING. — Neurolog. Centralbl.

— HERRINGHAM. — The minute anatomy of the brachial plexus. *(Proceeding R. soc. London,* vol. XIII, n° 423.)

86-88 GOWERS. — *(A manual of disease of the N. S. London.)*

1887 MENDEL. — *(Neurologisches Centralblatt.)*

— FOREL. — *(Arch. f. Psych.,* Bd., XVIII, s. 162.)

— ZACHER. — *(Journal des Soc. scientif.)*

— KRAUSE. — *(Dubois-Reymond. Arch.,* s. 375.)

— FRIEDLÄNDER und KRAUSE. — *(Arch. f. Anat. u. Phys.,* p. 370.)

1888 ALLEN STARR. — Syringomyelia *Americ. (Journal of the med. Sciences,* p. 465.)

— THORBURN. — Spinal localisations as indicated by spinal injuries. *(Brain,* XXXVI, p. 510 ; id., XLIII, p. 289.)

1889 SASS. — Experimentelle Untersuchungen über die Beziehung der motorischen Ganglienzellen der Medulla spinalis zu peripherischen Nerven *(Virchow Arch.,* Bd., 116, s. 243.)

— WALDEYER. — Das Gorilla Ruckenmark. *(Abhandl. der Kön. Preuss. Akad. d. Wissensch.)*

1889 Homen. — Ueber Veränderungen des N. S. nach amputationen. *(Beiträge f. path. Anat. Ziegler.)*

1890 Gombault. — *(Mercredi médical.)*

1891 Forel. — Ueber das Verhältniss der experimentellen Athrophie und Degenerationsmethode zur Anatomie und Histologie des Centralnervensystem. *(Züriches Festschrift für Nägeli und Kölliker.* Zurich.)

— Vanlair. — Des altérations nerveuses centripètes. *(Bull. Acad. de Méd., Belgique.)*

— Otto Kaiser. — Die Functionen der Ganglienzellen des Halsmarkes (Haag.)

— Horsley. — On the functions of the spinal Cord and Bulb. Fellerian Lectures.

1892 Darkschewitsch. — Ueber die Veränderungen im centralen Stumpf eines motorischen Nerven bei Verletzung eines pericherischen Abschnittes. *(Neurol. Centralbl.,* s. 658.)

— Marinesco. — Ueber Veränderungen der Nerven und des Rückenmarkes nach Amputationen; ein Beitrag zur Nerventrophik. *(Neurol. Centralbl.,* s. 569.)

— Nissl. — Ueber experimentell erzeugte Veränderungen an den Vorderhornzellen des Ruckenmarkes bei Kaninchen. *(Allgem. Zeitschr. f. Psych.,* Bd., 48, s. 675.)

— Pellizzi. — Sulle modificazioni che avvengono nel midollo spinale degli amputati. *(Riv. di Fren.,* p. 60.)

1893 Eulenburg. — Erythromelalgie. *(Deutsche med. Woch.,* p. 1325.)

— Moschaew. — Zur Frage der ascendirende Veränderungen im Ruckenm. nach Läsion einer peripheren Teile. *(Soc. de Neuropath. et de Psych. de Kasan. ref. Neurol. Centralbl,* p. 756, 1893.)

— Sherrington. — Kneejerk and correlation of action of antagonistic muscles *(Proc. R. Soc., id., 1893.)*

— Redlich. — Zur Kenntniss der Ruckenmarkesveränderungen nach Amputationen. *(Centralbl. für Nervenheilk.)*

— Sherrington. — Experiments in examination of the periferical distribution, etc. *(Philos. Transact. of the R. Soc.,* Bd , vol. 184.)

1894 Thorburn. — Diseases and injuries of the spinal Cord.

— Hammond. — Two cases of progressive muscular atrophy. *(New-York med. Journ.,* p. 15.)

— Collins. — A contribution to the Arrangement and Functions of the Cells of the cervical spinal Cord. *(New-York med. Journ.,* pp. 41 et 99.)

— Nissl. — Ueber eine neue Untersuchungsmethode der Centralorgane, speciell zur Feststellung der Localisation der Nervenzellen. (Central. f. Nervenh. u. Psych. Juli-Heft.)

1895 Biedl. — Ueber die centra der Splanchnici (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 52, s. 904.)

— Onuf. — (Onufrowicz) The biological and morphological constitution of ganglionic cells as influenced by section of the spinal nerve roots or spinal nerves. (*Journ. or nerv. a. ment. disease.* Dis. XX, 10, p. 597, oct. — Id., *Arch. of Neurol. a. psychopath.*)

— Durante. — Des dégénérescences secondaires du syst. nerveux. Paris.

— Hasse. — Hand-atlas der sensiblen u. motor. Gebiete des Hirn u. Ruckenmarksnerven (Wiesbaden, in 8°.)

— Wille. — Ueber secundäre Veranderungen im Ruckenmark nach Oberarm-exartic. (*Arch. f. Psych.*, Bd., 27. H. II. s. 554.)

— Klippel et Durante. — Les dégénérescences rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux. (*Revue de méd.*, vol. 15.)

— Singer et Munzer. — Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems. (*Denkschr. d. Akad. der Wiss. zu Wien.*, Bd., 57.)

1896 Oppenheim. — Berl. Klin. Wochensch., n° 14.

— Hoeben. — Over een Centrum Oculo-spinale.

— Colenbrander. — Over de structuur der Gangliencel uit den voorsten Hoorn.

— Marinesco. — Sur un nouveau cas de polynévrite, C.-R. Soc. de Biol. (*Semaine médicale*, p. 203.)

— Marinesco. — Lettres d'Angleterre. (*Semaine médicale.*)

— Marinesco. — Les polynévrites en rapport avec les lésions secondaires et les lésions primitives des cellules nerveuses. (*Revue neurol.*, IV, p. 129.)

— Klippel. — Les neurones. Les lois fondamentales de leurs dégénérescences. (*Arch. de Neurol.*, n° 6.)

1897 Marinesco. — Pathologie de la cellule nerveuse. (*Presse médicale*, 27 janvier.)

— Souques et Marinesco. — Lésions de la moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts. (*Presse médicale*, 2 juin.)

— Ballet. — Étude histolog. de la moelle et du cerveau d'un amputé. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23, VII.)

— Ballet. — Lésions de la moelle chez les amputés. (*Revue neurol.*, p. 531.)

— Sano. — Les localisations motrices dans la moelle lombo-sacrée, 26 juin. (*Journ. de Neurol.*, Bruxelles, pp. 253 et 275.)

— van Gehuchten. — L'anatomie fine de la cellule nerveuse. Congrès de Moscou.

1897 Flatau. — Ueber Veränderungen des menschlichen Ruckenmarks nach Wegfall grösserer Gliedmassen. *(Deutsche Méd. Wochenschr.*, n° 18.)

— Sano. — Les localisations motrices dans la moelle épinière. Congrès de Neurologie de Bruxelles, sept. Résumé également dans le *Journ. de Neurol.*, p. 404.

— Biedl. — Ueber das histolog. Verhalten der peripheren Nerven und ihrer Centren nach Durchschneidung. *(Wiener Klin. Wochenschr.*, pp. 389-392.)

— Argutinsky. — Ueber eine regelmässige Gliederung in der grauën Substanz des Ruckenmarks beim Neugeborenen und über die Mittelzellen. *(Arch. f. Mikrosk. Anatomie*, p. 497.)

— Ballet et Dutil. — Sur quelques lésions expérimentales de la cellule nerveuse. Congrès de Moscou. *(Semaine médicale*, p. 347.)

— van Gehuchten. — Le phénomène de chromatolyse consécutif à la lésion pathologique et expérimentale de l'axone *(Bull. de l'Acad. de Méd.* de Bruxelles, 27 nov.)

— Bolk. — Morphologisches Jahrbuch. (de Gegenbauer). Beziehungen zwischen Skelet, Muskulatur, und Nerven der Extremität (Bd 21). — Rekonstruction der Segmentirung der Gliedmassenmuskulatur dargelegt an den Muskeln des Oberschenkels und des Schultergürtels. (Bd 22, s. 357.) — Die Sklerozomie des Humerus. (Bd 23, s. 391.) — Beitrag zur Neurologie der unteren Extremität der Primaten. (Bd 25, s. 305.) — Die Segmentaldifferenzirung des menschlichen Rumpfes und seiner Extremitäten (Bd 25, s. 465 ; bd 27, s. 630 ; bd 28, p. 105, 51 fig.) Die homologie der Brust und Bauchmuskeln (Bd 27, s. 317.)

— Bolk. — Een en ander uit de segmentaal anatomie van het mens chelyk lichaam. *(Nederlandsch tydschrift voor geneeskunde.)*

— Pal. — Ueber die Innervation des Colon descendens und des Rectums. *(Wiener Klin. Woch n° 2.)*

— Kapsammer und Pal. — Ueber die Bahnen der motorischen Innervation der Blase u. des Rectums. *(Wiener Klin. Woch. n° 22.)*

— Risien Russell. — An experimental investigation of the cervical and thoracic Nerve-roots... Brain, springnummer. *(Id., Neur. Centr.)*

— Marinesco. — Main succulente et.... *(Nouvelle Iconographie*, pp. 209 et 216.)

— Auerbach. — Ueber Erythromelalgie. *(Deutsche Zeitschr.* f. Nervenh., H. I. 2.)

— Guyon et Courtade. — Innervation motrice du gros intestin.... *(C. R. Soc., de Biol.*, 17 juillet.)

— Schaffer. — Zur Lehre der cerebralen Muskelatrophie. *(Monatschr. f. Psych. u. Neur.*, II, s. 30.)

1897 Gad und Flatau. — Ueber die gröben Localisationen. *(Mendel's Neurol. Centr.*, p. 481.)

— van Gehuchten et de Buck. — La chromatolyse dans les cornes antérieures de la moelle après désarticulation de la jambe. *(Annal. de la Soc. de Méd. de Gand.)*

— Sano. — Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière. *(Annales de la Soc. médico-chirur. d'Anvers*, nov.)

1898 Sano. — Id. Anvers-Bruxelles. (Extrait des *Annal. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, édité séparément.)

— Goldscheider. — Normale und pathologische anatomie der Nervenzellen (Berlin).

— Marinesco. — Sur les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques. *(Presse méd.*, 5 oct.)

— Sano. — De la constitution des noyaux moteurs médullaires. (18, XII, 97. — *Journ. de Neur.*, p. 62.)

— Sano. — Localisations médullaires motrices et sensitives. (26, II. — *Journ. de Neur.*, p. 129.)

— Sano. — Anastomoses et plexus radiculaires. *(Belgique médicale*, 3 mars.)

— Bolk. — De morphologische eenheden van het menschelyk lichaam. *(Haarlem*, 2 mei.)

— Marinesco. — Veränderungen der Nervencentren nach Ausreissung der Nerven mit einigen Erwägungen bettreffs ihrer Natur. *(Neurol. Centralbl.*, n° 19.)

— Marinesco. — Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs de la moelle épinière. *(Rev. Neurol.*, 30, VII, p. 463.)

— Kohnstamm. — Zur Anatomie u. Physiologie des Phrenicuskernes Fortschritte der Medicin. (Bd., XVI, n° 17.)

— Sano. — Nucleus diaphragmæ. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 20 oct., n° 42.)

— Marinesco. — De l'origine réelle du nerf phrénique. *(Soc. méd. des hôp.*, 16 déc. — *Semaine médicale*, p. 510. — *Rev. Neur.*, p. 263, 1899.)

— Huet. — De nerveuse centra der pupil-dilatatie. *(Psych. en neurol.*, *Bladen afl.*, 5.)

— de Buck. — Localisation médullaire et physiologie du grand sympathique. *(Belgique médicale*, n° 42.)

— Onuf and Collins. — Experimental researches on the localisation of the sympathic nerve in the spinal cord and brain, and contributions to its physiology. *(The Journal of Nervous a. Mental disease*, *sept.* — *Arch. of Neurol.*, *and psychopath.)*

— Redlich. — *(Centralbl. f. Algem. Path. u. Path. Anat.*, Bd., IX, 3-4.)

1898 von Monakow. — Die secundäre Veränderungen im Ruckenmark nach Zereissung des Plexus brachialis beim Menschen. *(Centralbl. fur Nerv. u. Psych.)*

— Sibelins. — Till Kännedomen om de efter amputationer appkomande forändringarna i nervsyste med speciel hänsyn till de spino kutana neuronerna. *(Finska lä karesällsk. handl.* XXXIX, 10 s. 1379. — *Ref. Neurol. Centralbl.)*

— Elzholz. — Zur kenntniss der Veranderungen in centralen Stumpfe lädirter gemischter Nerven. *(Jahrbucher fur Psych.)*

— Cestan. — Lésions médullaires et névritiques dans un cas de gangrène sénile par artérite progressive oblitérante. *(Bull. de la Soc. Anat.*, déc.)

— Muller. — Untersuchungen über die Anatomie und Path. des untersten Ruckenmarksabschnitte. *(Deutsche Zeistch. f. Nervenh,* 1-2, p. I.)

— Köster. — Conus terminalis. *(Deutsche Zeitsch. f. Nerv.*, p. 354.)

— Warrington W. B. — On the structural alterations observed in nerve cells. *(Journ. of Psych.*, XXIII 1-2, p. 112.)

— Marinesco. — Nouvelles recherches sur les lésions des centres nerveux consécutives à l'arrachement des nerfs. *(Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpit. de Paris*, 10 juin.)

— van Gehuchten et de Buck. — Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs dans la moelle lombo-sacrée. *(Rev. Neurol.*, p. 510.)

— van Gehuchten et de Buck. — La chromatolyse dans les cornes antérieures de la moelle après la désarticulation de la jambe et les rapports avec les localisations motrices. *(Journ. de Neurologie*, 5, III.)

1899 de Buck. — Localisation médullaire de l'innervation motrice du périnée et du rectum. *(Annal. de la Soc. scientif. de Bruxelles*, t. XXIII, janv.)

— de Buck. — Chromolyse na doorsnyding der Ruggemergzenuwen. *Handelingen vlaamsch natuur en geneeskundig Congres. Antwerpen*, Bldz. 111.)

— Hoffmann. — Bydrage tot de kennis der ontwikkelingsgeschiedenis van den Sympathicus. *(Psych. en Neurol.* Bladen, bldz. 322.)

— Kohnstamm. — Ueber retrograde degeneration. *(Schmidt's Jarbücher*, Bd., CCLXI, p. 253.)

— van Gehuchten et Nelis. — La localisation motrice médullaire est une localisation segmentaire. *(Journ. de Neurol.*, n° 16, p. 308.)

— Bayerthal. — Ueber die praktische Bedeutung der Ruckenmarklocalisation. *(Zeitsch. f. prakt. Aerzte.)*

1899 GRASSET. — La distribution segmentaire des symptômes en sémeïologie médullaire. Leçons recueillies par Gibert. 8°, Montpellier.

— WANA. — Ueber den abnormen Verlauf einzelner motorischer Nervenfasern im Wurzel-gebiete. *(Neur. Centralbl.*, n° 17.)

— FLATAU. — Ueber die Localisation der Ruckenmarkcentren für die Muskulatur des Vorderarmes und der Hand beim Menschen. *(Arch. f. Anat., u. Phys. — Physiol. Abt.*, I - II, pp. 112 - 119.)

— ONUF. — Notes on the arrangement and fonction of the cell groups in the sacral region of the spinal cord. *(Journ. of Nerv. and Ment. disease.* Août. — *Id. Arch. of Neur. and Psychopath.*, 1900, n° 3.)

— PILCZ. — Beitrag zum Studium der Atrophie und Degeneration im Nervensysteme. *(Jahrbücher für Psych., u. Neur.*, s. 341.)

— JACOBSOHN. — Ueber Veränderungen im Ruckenmark nach peripherischer Lähmung. Zugleich ein Beitrag zu Localisation des centrum ciliospinale und zur Pathologie des Tabes Dorsalis. *(Zeitschr., f. Klin. Med.*, p. 228. Bd., XXXVII.)

— SOURY. — Le système nerveux central, p. 605.

— BARKER. — The nervous system and its constituent neurones. New-York.

— CAMPBELL THOMSON. — A contribution to the localisation of muscles in the spinal cord. *(Brain.*, p. 136.)

— PARHON et POPESCO. — Sur l'origine réelle du nerf sciatique. *(Roumanie médicale*, n° 2.)

— PARHON ET POPESCO. — Recherches sur la localisation spinale des noyaux moteurs du membre postérieur. *(Roumanie médicale*, n° 3.)

— BRISSAUD. — Leçons sur les maladies du système nerveux (2° série, p. 54.)

1900 PARHON et POPESCO. — Sur l'origine réelle de l'obturateur. *(Roumanie médicale*, 1-2.)

— MEYER. — Einseitige Zellveränderung im Halsmarke bei Phlegmone am Unterarme nebst weiteren Bemerkungen über die Pathologie der Ganglienzelle. *(Arch. f. Psych.*, p. 58.)

— ELSHOLTZ. — Zur histologie alter Nervenstumpfe im Amputirten Gliedern. *(Jahrbücher f. Psych.)*

— KRAUSE et PHILIPPSON. — Structure de la corne antérieure de la moelle du lapin. *(Bull. Acad. R. de Belgique*, classe des sciences. Nov.)

— DE BUCK et VAN DER LINDEN. — La section des nerfs moteurs spinaux détermine-t-elle de la chromolyse. *(Belgique médicale*, I, n° 5.)

1900 Constensoux. — Étude sur la métamérie du syst. nerveux et les localisations métamériques. *(Thèse de Paris.)*

— Roux. — Les lésions du système grand sympathique dans le tabes, etc. *(Thèse de Paris.)*

1900 Parhon si Goldstein. — Cercetari asupra localisatiunei spinale a muschilor pectorali la om si la caîne. *(Roumania medicala*, septembre.)

— Coenen. — Over de périphere uitbreiding, enz. *(Psych. en Neurol.*, Bladen, Bldz., 247.)

— de Neef. — Les localisations motrices médullaires chez le chien et le lapin. *(Acad. de Méd. : Mémoires couronnés*, Bruxelles.)

— van Gehuchten et de Neef. — Les noyaux moteurs de la moelle lombo-sacrée. *(Le Névraxe*, p. 201.)

— Parhon si Goldstein. — Localizarile motrice spinale si teoria metamerülor. *(Roumania medicala*, p. 379.)

— Parhon si Goldstein. — Contributiuni la studiul lesiunilor secundare ale celulei nervoase. *(Roumania medicala*, p. 390.)

— Parhon si Savu. — Communication à la « Soc. Anatomica din Bucuresti ». *(Roumania medicala*, p. 399, avec discussion Babes.)

— Parhon si Savu. — Lesiuni secundare in meduva spinarei in ürma resectiunei marelui pectoral. Incercari de localisare. *(Roumania medicala*, 15 juin.)

— Parhon si Goldstein. — Un caz de amputatiune a penisului urmata de lesiuni secundare in maduva sacrata. *(Roumania medicala*, p. 449.)

— Parhon et Goldstein. — L'origine réelle du nerf circonflexe. *(Rev. Neurol.)*

— Wichmann. — Die Ruckenmarksnerven und ihre Segmentbezüge. Ein Lehrbuch der Segmentaldiagnostik der Ruckenmarkskrankheiten. (Berlin.)

— Dejerine. — Semeiologie du système nerveux. (Tome V de la *Pathologie générale de Bouchard*, Paris, p. 789 et suiv.)

— Brissaud et Lereboullet. — *(Progrès médical*, 7, VII. — *Rev. Neurol.*, n° 14.)

— Raimann. — Zur Frage der retrograden Degeneration. *(Jahrbücher f. Psych.)*

— Knape. — Experimentella bitrag till Kännedomen om tibialis och peroneuskärnans lokalisation i ruggmärgen. Finska läkresällskapets handlinger.

— Mott. — Lectures on degeneration of the neurone. *(British med. Journ.*, n°s 2060-62.)

1901 PARHON und GOLDSTEIN. — Die spinalen motorische Localisationen und die Theorie der Metamerieen. *(Neurol. Centralbl.*, n° 20, 21.)

— KRAUSE U. PHILIPPSON. — Untersuchungen über das Centralnervensystem des Kaninchens. *(Arch. f. Mikrosk. Anat.*, Bd., 57, 1.488.)

— SANO. — Considérations sur les noyaux moteurs médullaires innervant les muscles. *(Journal de Neur.*, n° 15.)

— MARINESCO. — Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales. *(Revue neurol.)*

— SANO. — Inleiding tot de studie van het vÿfde hals-segment. *(Handel, Vlaamsch Natuur en Geneesk. Congres. Brugge.)*

— BRUCE. — Topographical atlas of the spinal cord. Edinburgh.

— BRUCE. — A contribution to the localisation of the motor nuclei in the spinal cord of man. *(The Scottish Medical and Surgical Journal*, Vol. IX, n° 6, Dec.)

— KNAPE. — Ueber die Veränderungen in Ruckenmark nach Resection einiger spinalen Nerven der vorderen Extremität, mit besonderer Rücksicht auf die Localisation der motorischen Kerne dieser Nerven. *(Beiträge zur path. Anat., etc.*, Ziegler. s. 251.)

— KNAPE. — *(Deutsche Zeitschrift f. Nervenh.)*

— SWITALSKI. — Les lésions de la moelle épinière chez les amputés. *(Rev. Neurol.*, pp. 85-90.)

— PARHON et GOLDSTEIN. — L'origine réelle du nerf circonflexe. *(Rev. Neurol.*, p. 486.)

— DUVAL et GUILLAIN. — Les paralysies radiculaires du plexus brachial. *(8° Steinheil*, Paris.)

— STRÄUSSLER. — Ueber Veränderungen der motorischen Ruckenmarkszellen nach Resection und Ausreissung peripherer Nerven. *(Jahrücher f. Psych.)*

— MARINESCO. — Recherches cytométriques et caryométriques des cellules radiculaires motrices après la section de leur cylindre-axe. *(Journ. de Neurol. — Id., C. R. Acad. des sciences*, Paris, n° 26, 1900.)

— VAN GEHUCHTEN. — Un cas de lésion traumatique des racines de la queue de cheval. Contribution à l'étude des centres de la miction, de la défécation, de l'érection, de l'éjaculation et du centre anal. *(Le Névraxe*, IV, p. 91.)

— GRIGORIEW. — Zur Kenntnis der Veränderungen des Rückenmarkes beim Menschen nach Extremitätenamputationen. *(Zeitschrift f. Heilkunde*, Bd., XV.)

— LUBOUSCHINE. — La dégénérescence ascendante et descendante des fibres de la moelle épinière après arrachement du nerf sciatique. *(Le Névraxe*, III, fasc. 2, p. 203.)

1901 Parhon et Goldstein. — Quelques nouvelles contributions à l'étude des localisations médullaires. (*Journ. de Neurol.*, 30 Nov.)

— de Neef. — Recherches expérimentales sur les localisations motrices médullaires chez le chien et le lapin. (*Le Névraxe*, II, fasc. I, p. 71. — Id., *Acad. de Méd.*, Bruxelles, 1900.)

— Lugaro. — Sulla Legge di Waller. (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. VI, fasc. 5, maggio.)

— Lapinsky und Cassirer. — Ueber den Ursprung des Halssympathicus im Ruckenmark. (*Deutsche Zeitschrift. f. Nervenh.* Bd., XIX., s. 137.)

— Huet et Cestan. — Un cas de paralysie infantile avec localisation sur le groupe radiculaire inférieur du plexus brachial. (*Soc. de Neur.* de Paris, 5 déc.)

— Van Gehuchten et Lubouschine. — Recherches sur la limite supérieure du cône terminal. (*Le Névraxe*, p. 51.)

1902 Huet et Cestan. — Sur deux cas de syringomyélie à topographie radiculaire des troubles sensitifs et des troubles moteurs. (*Rev. Neurol.*, n° 1, p. 1.)

— Dejerine. — Quelques réflexions à propos des localisations motrices spinales. (*Journ. de Neurol.*, p. 127 )

— van Gehuchten. — La dégénérescence dite rétrograde ou dégénérescence wallérienne indirecte. (*XIV^e Congrès International de Médecine*. — Id., *Le Névraxe*, vol. V., p. 1.)

— de Buck. — Localisations nucléaires de la moelle épinière. (*Belgique Médicale*, II, pp. 51 et 67.)

— Marinesco. — Sur une forme particulière de réaction des cellules radiculaires après la rupture des nerfs périphériques. (*Rev. Neurol.*, n° 8, 30 avril.)

— Parhon et Goldstein. — Sur la localisation des centres moteurs du biceps crural, du demi-tendineux et du demi-membraneux dans la moelle épinière. (*Journ. de Neur.*, n° 13.)

— Marinesco. — Contribution à l'étude des localisations motrices spinales. Leyden-Fesstschrift. (Même travail que celui de la *Rev. Neurol.*, *1901*.)

— Parhon et M^me^ Parhon. — Recherches sur les centres spinaux des muscles de la jambe. (*Journal de Neurol.*, n° 17, 26 juillet.)

— Parhon si D. C. Parhon. — Contributione la studial anatomice microscopice a madurei spinarei. (*Presa Medicala romana*, 13, 14.)

— Parhon et M^me^ Parhon. — Nouvelles recherches sur les localisations spinales. (*Journ. de Neur.*, n^os^ 12, 13.)

— Obarrio. — Localisations médullaires. (Thèse de Buenos-Ayres.)

1902 Obersteiner. — Ruckenmarksbefund bei Muskeldefecten. *(Wiener Klin. Rundschau,* n° 16.)

— von Bruns. — Diagnostic des localisations segmentaires dans les maladies de la moelle. *(Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.,* IV, n° 5.)

— Ferrannini. — Ueber die sekundäre Métamerie der Gliedmassen. *(Centralbl. f. innere Medicin,* n° 48.)

— de Buck. — Localisations motrices médullaires. *(Journ. de Neur.,* p. 444, avec discussion Debray.)

1903 Brissaud et Bauer. — Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales. *(Journ. de Neur.,* p. 303.)

— Raymond. — Sur un cas de tumeur du canal rachidien, segment dorsal. *(Journ. de Neur.,* p. 203.)

— Perusini. — Contributo sperimentale allo studio delle localizzationi motorie spinali e la metameria secondaria degli arti.

— Ferrannini. — Rückenmarks-und Wurzelmetamerie bei der Syringomyelie. *(Centralbl. f. innere medizin,* n° 2.)

— Magnus. — Tre tilfaelde af Herpes Zoster efterfulgte af motoriske forstyrrelser. *(Norsk magazin for laegevidenskaben,* n° 9. Kristiania.)

— Oppenheim. — Abdominale Symptomencomplex bei Erkrankungen der unteren Dorsalmark. *(Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.,* XXIV, 5-6.)

— Beevor. — Muscular movements. The Lancet, June 20-27. *(British Med., journ.,* 2216-2218.)

— Marburg. — Mikroskopisch-topographischer Atlas des menschlichen Centralnervensystems.

— Philippson. — Corne antérieure de la moelle des Sauriens. *(Travaux de l'Institut Solvay,* V, fasc. 3.)

— Bräunig. — Ueber chromatolyse in den Vorderhornzellen des Ruckenmarks. *(Arch. f. Anat. u. Phys. Physiol. Abth.* s. 251.)

— Steinach und Kahn. — Innervation der Blutcappilaren. *(Arch. f. ges. Phys.,* XCVII, h. 2-3.)

1904 Parhon et Goldstein. — Cercetari asupra representatuinei motrice a membrului inferior in maduva lombosacrata la om. *(Soc. Anat. din Bucuresti,* 7, XII, 02), (non encore paru).

— de Buck. — Syndrome solaire par néoplasie médullaire et état de la moelle lombo-sacrée cinquante-quatre ans après l'amputation de la jambe. *(Journ. de neur.,* n° 7, p. 121.)

— Magnus. — Underextremiteternes motoriske lokalisation i rygmarven. *(Norsk magazin for,* n° 3. Kristiania laegevidenskaben.)

— Edinger. — Nervöse centralorgane.

— His. — Die Entwickelung des menschlichen Gehirns.

1904 Sterzi. — Die Blutgefässe des Ruckenmarks.

— Marinesco. — Recherches sur la structure de la partie fibrillaire des cellules nerveuses à l'état normal et pathologique. *(Revue de neurologie,* 15 mai.)

— Winkler en van Rijnberk. — Over het in centripetale richting afsterven van sensibele huidgebieden. — Over het uitgroeien van de laterale velden der rompdermatomem, etc. *(Koninkl. Akad. van Wetensch. Amsterdam.)*

## C. — LA MÉTHODE

**14.** — Il résulte de l'étude générale de la question que la différence entre les animaux et l'homme, au point de vue des localisations médullaires, doit être bien minime. Le plan général des vertébrés supérieurs est si constant que personne ne doutera de l'existence et de l'agencement défini des centres moteurs dans la corne antérieure de la moelle humaine, s'il est prouvé qu'il existe chez les animaux des détails de structure anatomique dont la signification ne laisse aucun doute sur la réalité de cette différenciation.

**15.** — Nous conseillons à ceux qui désireraient contrôler par eux-mêmes les résultats obtenus par les auteurs, de *réséquer* sur une petite étendue le nerf sciatique d'un mammifère, à la région fessière, ou de *réséquer* une branche du plexus brachial, dans le triangle sus-claviculaire. L'examen de la moelle, fait de dix à quinze jours après la résection, par la méthode de Nissl au bleu de méthylène ou de toluidine, démontrera la chromolyse intense d'un grand nombre de cellules ganglionnaires dans les groupes antérieurs et externes de la corne antérieure des segments médullaires correspondants.

Là où il existe un noyau médian, les cellules seront restées normales. Il sera possible, par coupes sériées, de délimiter le territoire atteint et par conséquent l'origine réelle du nerf réséqué.

**16.** — Que si après avoir examiné attentivement les cellules les plus malades, celles qui le sont le moins, et les stades intermédiaires, cet expérimentateur veut bien, dans une nouvelle série d'expériences, *réséquer* les mêmes nerfs à des distances différentes et de plus en plus éloignées de la moelle, chez des animaux de la même race et conservés dans les mêmes conditions, des lésions d'une moindre intensité se présenteront, dans le même délai, dans les régions d'origine des nerfs réséqués. Il pourra malheureusement arriver que, malgré l'habileté acquise,

on ne parvienne pas à distinguer les cellules atteintes par la résection de leur cylindre-axe.

**17.** — De nombreuses discussions se sont élevées pour savoir s'il existait des différences profondes au point de vue réactionnel entre les nerfs craniens et les nerfs rachidiens (Van Gehuchten le prétendait) ;

S'il fallait prendre de préférence des animaux jeunes (Marinesco le préconisait) ;

S'il pouvait être utile d'intoxiquer les animaux et si cette intoxication diminuait la valeur des expériences ;

S'il ne fallait pas, pour obtenir des résultats, rupturer ou même *arracher* les nerfs, au lieu de simplement les sectionner, les ligaturer, les comprimer ou même les réséquer. (Van Gehuchten et de Neef.)

Il est rationnel d'admettre avec Nissl et Marinesco que les nerfs rachidiens ne se comportent pas sensiblement autrement que les nerfs craniens, mais que la réaction cellulaire est d'autant plus intense et plus rapide que l'unité neuronique a été plus entamée par le traumatisme [1]. Il est probable, sans que cela ait été démontré positivement, que l'âge et l'état de nutrition de l'individu en expérience influencent la netteté de la réaction.

1. — Je n'entends pas entamer ici une discussion sur la théorie du neurone, que j'ai soumise à une critique antérieurement, en concluant ainsi :

1° Le concept et le nom *neurone* seront conservés parce qu'ils jouent un rôle indispensable pour simplifier et expliquer des phénomènes anatomiques, physiologiques et pathologiques. La signification en sera seulement un peu étendue. La neuronologie n'est cependant qu'une partie de la neurologie ;

2° Le concept « *energide* », dans le cas présent la neuro-énergide, est d'une importance tout aussi grande : en embryologie et en biologie générale cette dénomination est tout aussi indispensable. Font partie de l'énergide : les granulations protoplasmatiques et le suc cellulaire, la plasmosphère, la centrosphère et le centrosome, le noyau (Idées de Kolliker) ;

3° Peuvent être considérés comme *produits alloplasmatiques :* le pigment, les corpuscules de Nissl, les fibrilles et leurs gaines ;

4° A mesure que l'animal se développe philogénétiquement et ontogénétiquement, l'*énergide* perd de son importance primitive. Les produits alloplasmatiques augmentent en étendue, en nombre, en diversité et en valeur fonctionnelle ; les différentes parties de l'organisme deviennent tellement solidaires, leurs rapports anatomiques si complexes et si concrescents, que les cellules disparaissent en tant qu'organismes distincts et que l'agrégat devient à la longue un seul organisme.

(A propos de la discussion de la thèse de Schwann ; les cellules sont les organismes, l'animal entier n'est qu'un agrégat.)

1899. Pour et contre la théorie du Neurone. Congrès Flamand des Sciences naturelles et médicales.

**18.** — Il importe d'insister sur la pratique de l'arrachement. Il est évident qu'en vue de recherches aussi délicates il est indispensable de localiser étroitement le traumatisme. L'arrachement, comme je l'ai vu pratiquer par de Neef, ne m'a pas donné d'apaisement à cet égard. Pour savoir jusqu'où peut aller le traumatisme par l'arrachement, il faut lire ce qu'en dit Lubouschine, qui a opéré dans un but différent, il est vrai. « Un autre procédé de destruction partielle de la substance grise nous a été recommandé par M. Van Gehuchten. Il consiste à arracher violemment chez un animal quelconque le nerf sciatique en arrière de l'articulation coxo-fémorale. Il résulte, en effet, des recherches encore inédites de notre maître, que si cette opération est bien faite, on entraîne avec le nerf sciatique toutes les racines antérieures et postérieures qui entrent dans sa constitution. De plus, l'examen de la moelle montre en toute évidence que la rupture a eu lieu dans la profondeur de la moelle elle-même, entraînant dorsalement une destruction plus ou moins intense de la corne grise postérieure et, du côté ventral, une interruption des fibres de la substance blanche du cordon antéro-latéral comprises entre les fibres radiculaires antérieures. »

De même Ernest Sträussler conclut que « l'arrachement produit une lésion des cordons antérieurs qui mène à une réaction inflammatoire avec prolifération de la névroglie ».

Ce n'est donc qu'avec une grande circonspection qu'il faut admettre les résultats obtenus après arrachement des nerfs, car le traumatisme peut s'étendre beaucoup plus loin qu'on ne le désire, même en graduant, autant que possible, la violence de l'opération.

**19.** — Il est à remarquer cependant que la plupart des expérimentateurs ont eu des périodes pendant lesquelles ils n'obtenaient aucune réaction dans la moelle par les méthodes habituelles, sans qu'ils aient pu donner une explication suffisante de ces résultats négatifs. Ce ne sont pas seulement les expérimentateurs de l'école de Van Gehuchten qui ont éprouvé des mécomptes et ce n'est pas la méthode de fixation qu'il faut incriminer, comme le pense Sträussler.

Il est certain, comme le dit Van Gehuchten, qu' « après la section

ou la ligature d'un nerf moteur spinal, cette chromatolyse peut faire défaut ». De Neef, qui n'a opéré que par arrachement ou rupture pour ses recherches positives, va même jusqu'à dire que « pas une fois nous n'avons pu obtenir la chromolyse dans les cellules d'origine d'un nerf spinal *sectionné, ligaturé, comprimé* ou même *réséqué* ».

**20.** — Force nous est donc, pour le moment, de nous en tenir aux résultats positifs obtenus par ceux qui se sont le plus occupés de la question ; qui, au cours d'un nombre considérable d'expériences, sont parvenus à juger avec une certaine habileté et une critique suffisamment éclairée les préparations obtenues dans des conditions dont ils connaissaient exactement l'importance. Nous devrons faire ici une sélection dont nous sommes les premiers à regretter la nécessité, mais à laquelle l'importance du sujet nous oblige.

**21.** — De nombreux arguments, des preuves d'ordre anatomopathologique et clinique des plus diverses nous portent à admettre la réalité des localisations motrices très différenciées ; mais il s'agit d'abord d'en obtenir une démonstration absolue par quelques faits simples et clairs, dont l'explication ne peut laisser aucun doute. Nous les trouverons dans les travaux exposés dans le chapitre suivant.

La méthode suivie dans ces études est spécifique des recherches de localisation : elle consiste à retrouver dans la moelle la répercussion *localisée* d'un traumatisme *localisé* produit récemment à un endroit déterminé de la périphérie. La relation fonctionnelle de ces territoires ne peut offrir aucun doute. Leur relation anatomique peut être démontrée dans des limites si étroites qu'elles en imposent à l'esprit.

Enfin, au moyen des connaissances ainsi acquises expérimentalement chez les animaux, il est possible de donner l'explication des faits cliniques et anatomopathologiques obtenus par d'autres méthodes et d'élaborer même un plan d'ensemble qu'il s'agira de contrôler et de compléter par des recherches futures.

---

## D. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

**22.** — En indiquant les lésions médullaires observables par la coloration au bleu de méthylène après la section des nerfs périphériques, Nissl montra en même temps toute l'importance de cette méthode et dans le titre de sa communication de 1894 il enseigne déjà son utilité pour la recherche des localisations. Les expériences de Nissl avaient porté particulièrement sur les nerfs du membre antérieur ; les indications concernant la localisation médullaire des noyaux d'origine sont très vagues et non figurées. Nissl n'avait trouvé qu'une distribution assez diffuse des lésions : les cellules altérées, dit-il, ne sont pas réunies en des groupes compacts (nicht in geschlossenen Gruppen). Il n'y a pas d'entrecroisement pour les nerfs rachidiens.

Les nerfs craniens réagissent plus vite que les nerfs du membre supérieur et ceux-ci plus rapidement que ceux du membre inférieur. La réaction centrale est d'autant plus intense que le traumatisme est plus près de l'origine réelle du nerf, quel que soit la nature de ce traumatisme, pourvu qu'il y ait solution de continuité. Il existe des différences d'une espèce animale à l'autre.

Ces faits nouveaux, et les expériences auxquelles ils incitèrent, furent d'abord largement mis à profit pour la discussion, alors à l'ordre du jour, sur la nature et la pathogénie des polynévrites. A cette discussion les auteurs français ont activement apporté une contribution prépondérante et les mémoires de Brissaud, de Raymond, de Ballet et Dutil, de Dejerine, de Marinesco sont suffisamment connus. A Berlin également Leyden, Goldscheider, Oppenheim, Flatau et tant d'autres confirmèrent l'existance des réactions à distance dans bon nombre d'altérations périphériques. C'est aussi de cette époque que date l'étude si condensée de Klippel et Durante sur les dégénérescences rétrogrades.

Mais les recherches expérimentales faites à cette occasion ne nous apprirent rien de neuf par rapport au problème plus précis des localisations médullaires. On m'excusera donc de ne pas les passer en revue.

Je désire réserver pour un chapitre spécial les expériences que j'ai commencées en 1897 en vue d'élucider divers problèmes concernant les localisations médullaires.

### *a)* Recherches de Marinesco.

**23.** — Comme nous l'avons vu dans l'exposé historique, ce sont les faits anatomocliniques et anatomopathologiques qui ont toujours poussé aux études expérimentales.

L'examen de la moelle dans un cas de polynévrite avait permis à Marinesco de constater que le nerf sciatique tire son origine *du groupe postéro-externe* de la corne antérieure.

De l'étude d'un cas de syringomyélie, nous apprenons, en outre, que :

« Les centres des muscles extenseurs du poignet ont leur siège principal dans le groupe antéro-externe de la corne antérieure. »

« Que les noyaux d'un nerf ne présentent pas la même situation relative à divers segments de la moelle, mais qu'ils subissent un mouvement en vertu duquel ils abandonnent leur position primitive et qu'un autre noyau vient prendre leur place. »

Grâce à ces observations Marinesco parvient à expliquer la pathogénie de l'attitude connue sous le nom de main de prédicateur.

En collaboration avec Souques, Marinesco avait également étudié une moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts.

Des recherches anatomopathologiques au moins aussi précises avaient déjà été faites par d'autres auteurs, mais il importe d'indiquer les travaux qui devaient tout particulièrement encourager Marinesco à entreprendre l'étude expérimentale des localisations médullaires.

**24.** — Les premières expériences faites en *sectionnant* des nerfs chez le cobaye, le chien et le lapin n'ayant pas donné des

résultats positifs, l'expérimentateur varia l'intervention, tantôt réséquant, tantôt arrachant le tronc nerveux. Dès lors il obtint des réactions localisées assez nettes et assez constantes pour pouvoir donner une notion de l'origine réelle des nerfs musculo-cutané, radial, médian, cubital.

Les conclusions du premier travail, publié en 1898, sont les suivantes :

« 1° La solution de continuité d'un nerf spinal, pratiquée dans certaines conditions, suffit à elle-même pour produire la chromatolyse qui caractérise les sections nerveuses ;

» 2° Cette réaction ainsi produite peut nous servir à déterminer la topographie des noyaux des nerfs médullaires ;

» 3° Habituellement, chaque nerf tire ses origines d'un noyau principal et des noyaux accessoires ; le noyau principal constitue une masse bien circonscrite, excepté pour le médian et le cubital qui ont un noyau principal commun ;

» 4° Chaque nerf spinal tire ses origines de plusieurs segments médullaires, deux, trois et même davantage. »

Ce qui distingue ces conclusions de celles de Nissl, c'est qu'elles comportent l'existence de *noyaux bien déterminés*, formés par des territoires cellulaires *nettement circonscrits*, alors que Nissl avait parlé d'un certain degré de dissémination des cellules en réaction.

Peut-être cette divergence d'opinion était-elle due à ce que Nissl ne fait pas d'inclusions, tandis que Marinesco inclut ses préparations, ce qui lui permet de faire des coupes plus méthodiquement sériées.

Marinesco essaye d'expliquer l'origine partiellement commune du médian et du cubital par « la ressemblance de distribution » que ces nerfs présentent.

En arrachant tous les nerfs du plexus brachial à la fois, Marinesco a constaté une étendue plus grande des régions atteintes qu'en arrachant isolément chacun des nerfs de ce plexus pour en faire ensuite la somme. Plus spécialement, le noyau antéro-interne, ou noyau médian, ne participe pas aux réactions quand on arrache isolément les nerfs. Il se trouve atteint dans l'arrachement total du plexus.

La suite ayant démontré que le noyau médian a des fonctions

motrices étroitement liées à l'innervation des territoires dépendant des rameaux postérieurs des nerfs rachidiens, on comprend qu'un *arrachement étendu* puisse entraîner facilement des réactions inflammatoires de ces branches postérieures ou même leur arrachement simultané. Marinesco signalait le fait sans pouvoir suffisamment l'expliquer ; il considérait les cellules intactes comme des cellules de cordons (1898).

Les figures qui accompagnent ce travail ne sont pas très claires.

**25.** — Dans un travail intitulé « de l'origine réelle du nerf phrénique » Marinesco décrit des résultats obtenus après résection ou arrachement du nerf phrénique, et confirme la localisation indiquée par Kohnstamm et par moi-même.

Le nerf phrénique, d'après ces recherches, tire son origine réelle d'un noyau bien facile à reconnaître, tout au moins dans une grande partie de son étendue, et situé dans le groupe antéro-médian, au niveau des segments d'origine de ce nerf (1898).

Quelques divergences de détail sur lesquelles nous reviendrons plus tard ne sauraient diminuer la valeur de cette donnée acquise par de nombreuses expériences : lorsque des phénomènes de réaction à distance se produisent, les premières semaines qui suivent la résection ou l'arrachement du nerf phrénique, *ces phénomènes réactionnels sont limités à un noyau médullaire toujours le même, occupant une situation toujours identique dans les segments d'origine du nerf phrénique, et ce noyau n'occupe sur toute la superficie transversale de la corne antérieure qu'une étendue relativement restreinte.*

**26.** — En 1901, Marinesco nous donne un nouveau travail, où la méthode n'est plus discutée à fond. La réaction à distance après résection a été démontrée dans de nombreuses publications antérieures ; des élèves de Marinesco, MM. Parhon et Goldstein, ont déjà publié leurs recherches faites au laboratoire de Bucharest. Aussi l'auteur n'indique-t-il pas exactement sa manière d'opérer, il ne donne pas la nomenclature précise de ses expériences. Mais les figures sont d'une très grande et démonstrative clarté. Elles démontrent les faits suivants, observés chez le chien :

1° La résection du nerf axillaire produit une chromolyse des cellules d'un groupe situé à la partie antéro-externe de la corne antérieure, très apparent au niveau du 6me segment cervical ;

2° La résection du nerf grand pectoral produit une réaction limitée au groupe central, au niveau du 7me segment cervical ;

3° La résection du nerf du grand dentelé produit une réaction localisée dans un noyau situé au rebord antérieur de la corne, au niveau du 7me segment cervical ;

4° La résection du nerf du grand dorsal produit une réaction dans un groupe bien délimité à l'angle antéro-externe de la corne antérieure, au niveau du 8me segment cervical ;

5° La désarticulation radio-carpienne produit une réaction dans un groupe bien défini de cellules, situé à la partie postéro-externe de la corne antérieure, s'étendant du tiers moyen du 8me segment cervical jusqu'à la partie inférieure du premier dorsal.

« On peut distinguer, sur quelques coupes tout au moins, deux groupes secondaires dans le centre de la main, et seulement dans le tiers moyen du premier segment. L'un de ces groupes peut être désigné sous le nom de groupe antéro-externe et l'autre sous celui de postéro-interne. »

6° La désarticulation huméro-cubitale influence, en outre du centre de la patte, un groupe postéro-externe situé au 7me et surtout au 8me segment. C'est le centre de l'avant-bras, en apparence homogène, mais résulté de la fusion du noyau commun du médian et d'un autre situé en dehors du premier ;

7° La désarticulation scapulo-humérale produit au niveau du 6me segment une réaction dans le centre du noyau du nerf axillaire ; aux 6me et 7me dans celui des noyaux réunis du musculo-cutané et du radial ; au 8me segment, dans un groupe représentant le noyau d'innervation des muscles de la face postérieure du bras, et un autre groupe postérieur, qui constitue le centre d'innervation de l'avant-bras.

Il faudrait transcrire tout le travail de Marinesco pour rendre exactement compte des multiples preuves expérimentales et des considérations secondaires qui accompagnent l'exposé des faits.

Les figures suivantes faciliteront la compréhension de ces découvertes.

Fig. X.

Coupe pratiquée au niveau du 6me segment cervical. Elle montre les six groupes dont nous avons parlé. Le groupe externe qui représente le noyau du nerf axillaire (N. A.) est en réaction après la résection de ce nerf.

Fig. XI.

Coupe pratiquée au niveau de la 7me racine cervicale dans un cas de résection du nerf du grand dentelé chez le chien. On voit en G. D. un groupe de cellules en réaction, groupe qui constitue le noyau du grand dentelé.

Fig. XII.

Coupe pratiquée au niveau du 1/2 supérieur du 8me segment cervical. En arrière du groupe intermédiaire qui innerve les muscles de la face postérieure du bras, on constate une masse de cellules en réaction, qui représente le centre de l'avant-bras. Désarticulation scapulo-humérale chez le chien.

Fig. XIII.

Coupe pratiquée au niveau du 8me segment cervical après la résection du nerf du grand dorsal chez le chien. Le groupe antéro-externe, qui représente le noyau du grand dorsal, est en réaction très manifeste.

(A la partie moyenne du 1er segment dorsal, le noyau postéro-externe (centre de la patte) persiste seul.)

Nous reviendrons ultérieurement sur l'idée générale à laquelle l'auteur aboutit en les synthétisant.

Quelques remarques purement anatomiques sont encore à noter :

« L'étude comparative des altérations consécutives aux résections nerveuses et aux désarticulations semblerait démontrer, ainsi que d'ailleurs je l'ai soutenu la première fois dans mon travail sur les localisations motrices dans la moelle épinière, que le noyau de certains nerfs périphériques qui desservent plusieurs segments, tels que le radial, le médian et le cubital, ne constituent pas une colonne unique et indivisible, mais que cette colonne se bifurque dans son trajet. Il en résulte que sur des coupes transversales nous verrons assez souvent non pas un noyau unique en réaction, mais deux noyaux.

» .... Ces ramifications secondaires, correspondent habituellement aux segments que les nerfs en question desservent...

» Néanmoins, lorsqu'on étudie attentivement des pièces de résections nerveuses, on s'aperçoit que les noyaux de division des nerfs radial, médian et cubital, noyaux que je pourrais appeler du nom de noyaux secondaires ou segmentaires, ne se fusionnent nullement entre eux, mais qu'ils gardent, d'une manière générale, leur place relative. Lorsqu'ils empiètent réciproquement l'un sur la place de l'autre, alors l'un de ces noyaux est très petit et peut même faire défaut. »

**27.** — Le travail de Marinesco imprimé dans le *Leyden-Festschrift* contient, outre les données précédentes, une page du plus haut intérêt concernant le territoire intra-médullaire des racines cervicales. La section d'une racine détermine la chromolyse de la presque totalité des cellules ganglionnaires du segment correspondant. Mais les segments adjacents ne restent pas toujours indemnes. Le segment sus-jacent contient souvent dans sa moitié inférieure un nombre notable de cellules altérées. Pour la 8me cervicale et la 1re dorsale il y a également des cellules altérées dans le segment sous-jacent ; pour ces dernières racines, l'origine réelle s'étend sur trois segments.

« Il résulte donc de ces recherches que les racines ne sont pas équivalentes au point de vue de leur rapport avec les segments médullaires ; parce qu'il y a des racines qui tirent leur origine de trois segments, d'autres qui proviennent de deux segments, et enfin, d'autres d'un seul.

» Mais toujours, c'est le segment d'où la racine tire ses origines apparentes qui fournit le plus grand nombre de fibres à une racine donnée. C'est pour cette raison qu'à ce niveau presque tous les groupes cellulaires réagissent et en totalité, avec

cependant l'exclusion du groupe antéro-interne. Il est probable que l'intégrité du groupe antéro-interne dans ce cas tient à ce que nous avons pratiqué la section des racines en dehors du canal. » Par ce procédé, le rameau dorsal, innervant les muscles du dos, avait souvent été respecté. (Voyez § 24.)

### *b)* Recherches de De Neef.

**28.** — A la suite de nombreuses expériences et de multiples publications sur la chromolyse des cellules nerveuses, après avoir également étudié des moelles d'amputés en collaboration avec De Buck et Nelis, Van Gehuchten chargea un de ses élèves d'approfondir le problème des localisations chez le chien et le lapin.

Les recherches de De Neef n'ont donc été entreprises qu'après une longue préparation, et sous un contrôle des plus éminents. Elles offrent le grand avantage d'avoir été conduites avec ensemble et méthode, d'après un plan général bien établi. Elles forment un tout bien coordonné. Les nombreuses figures qui les accompagnent en facilitent singulièrement la lecture.

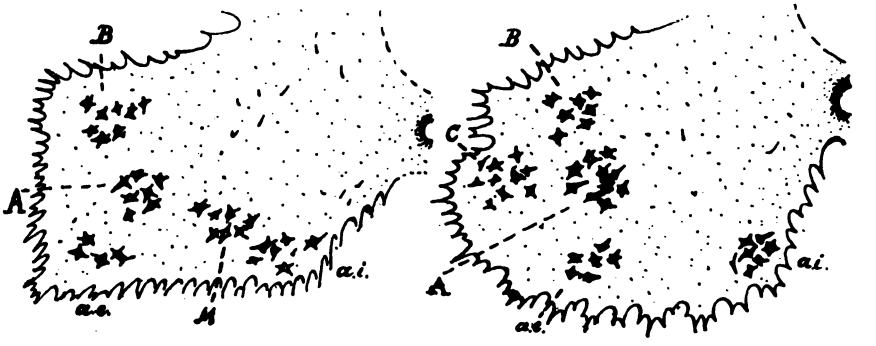
Nous avons déjà dit que De Neef eut de très grandes difficultés pour arriver à des résultats positifs et qu'il lui fallut arracher, ou tout au moins violemment rupturer les nerfs, pour obtenir la chromolyse des cellules ganglionnaires.

« Nous avons constamment fait la *rupture*, dit-il cependant, plutôt que l'arrachement, parce qu'ainsi on localise mieux. L'arrachement, en effet, est une opération aveugle : on entraîne parfois le nerf sur tout son parcours jusqu'à sa racine en même temps que des nerfs collatéraux, si bien qu'il devient difficile de savoir jusqu'où porte la lésion. C'est ainsi qu'en arrachant sur un animal le sciatique, on entraîne le plus souvent tout le plexus ischiatique, ganglions compris.

» Pour faire la rupture, nous prenons le nerf entre les mors d'une pince de Péan, et nous le déchirons brusquement.

» L'animal était sacrifié douze à seize jours après cette mutilation pour permettre l'examen de la moelle épinière par la méthode au bleu de méthylène de Nissl, telle qu'elle a été décrite par Van Gehuchten. »

La rupture isolée du musculo-cutané, du radial, du médian et du cubital d'une part ; la rupture du sciatique poplité externe, du nerf sciatique poplité interne, du nerf sciatique à la face postérieure de la cuisse, du nerf crural, du nerf obturateur, n'a donné que des lésions diffuses dans différents noyaux dont les fonctions, d'après De Neef, ont une signification nettement segmentaire, c'est-à-dire qu'ils innervent des segments de membres.




**Moelle cervico-dorsale du chien** (De Neef).

Fig. XIV (*Fig. 36*). 6me segment cervical.

Fig. XV (*Fig. 37*). 7me segment cervical.

*ai*, noyau antéro-interne. — *ae*, noyau antéro-externe.
*M*, diaphragme. — *A*, muscles de l'épaule. — *B*, muscles du bras. — *C*, muscles de l'avant-bras.

Ce n'est pas l'endroit ici de parler des dispositions générales des noyaux moteurs, mais les résultats annoncés par De Neef se superposent si étonnamment à sa théorie que nous devons bien indiquer celle-ci en même temps que ceux-là.

La rupture de tous les nerfs se rendant à la patte détermine la chromolyse d'un noyau nettement défini. La rupture des nerfs se rendant à l'avant-bras détermine la réaction dans un noyau nettement limité, situé en avant et en dehors du précédent. En arrière et en dedans du noyau de l'avant-bras, se trouve le noyau du bras. De ces trois noyaux, le premier est situé le plus bas ; les autres, surtout le dernier, se trouvent plus haut dans le renflement cervical.

Les fonctions des autres noyaux sont indiquées par exclusion ; nous n'avons donc pas à nous en occuper ici, car nous nous en tenons aux résultats positifs.

De même, dans la moelle lombaire, la rupture des fibres nerveuses s'épanouissant dans les muscles de la cuisse, celle des nerfs de la jambe, celle des nerfs du pied, produisent chacune la chromolyse dans un groupe « naturel », c'est-à-dire morphologiquement bien distinct.

En comparant alors ces résultats à ceux obtenus par la rupture des nerfs pris isolément, De Neef trouve un contrôle et une confirmation de cette localisation segmentaire.

**Moelle dorso-lombaire du chien** (De Neef).

Fig. XVI *(Fig. 45)*.
7me segment lombaire (partie inférieure).

Fig. XVII *(Fig. 50)*.
2me segment sacré.

*A*, muscles de la hanche. — *B*, muscles de la cuisse. — *C*, muscles de la jambe. — *D*, muscles du pied.

Il existe de légères divergences entre ces résultats et ceux obtenus par Marinesco et ses élèves ; nous y reviendrons ultérieurement.

Il est à remarquer que De Neef considère le deltoïde comme muscle de l'épaule. Les muscles de l'épaule ne sont d'ailleurs pas autrement désignés par lui. Il a trouvé un noyau unique, mais il n'a pas fait d'expérience pour y déterminer la chromolyse. Il en est de même pour les muscles de la hanche.

De Neef a résumé en un tableau synoptique les différents noyaux moteurs de la moelle du chien et de celle du lapin. Comme on le voit par la figure XVIII comparée aux figures XIV à XVII, il y a, dans cette manière d'envisager les noyaux médullaires, une grande clarté.

**Tableau synoptique des colonnes cellulaires dans la moelle épinière du chien (De Neef).**

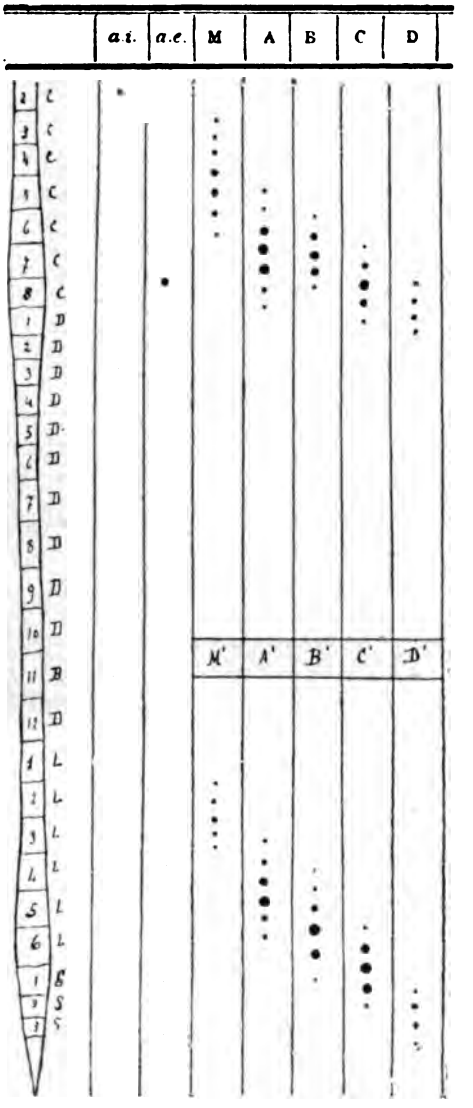



Fig. XVIII.

*ai.*, colonne antéro-interne, et *ae.*, colonne antéro-externe, étendues sur toute la hauteur de la moelle.

*M*, diaphragme (par exclusion). — *A*, muscles de l'épaule (par exclusion). — *B*, muscle du bras. — *C*, muscles de l'avant-bras. — *D*, muscles de la main.

*M'* (?). *A'*, muscles de la hanche (par exclusion). — *B'*, muscles de la cuisse. — *C'*, muscles de la jambe. — *D'*, muscles du pied.

(La corne latérale, tractus intermediolateralis, n'est pas figurée.)

### *c)* Recherches de Knape.

**29.** — Cet auteur a employé la méthode de Nissl, après avoir constaté l'insuffisance de la méthode de von Gudden pour la recherche des localisations médullaires.

La résection d'un nerf produit une chromolyse intense dans le segment correspondant à son origine apparente, les lésions sont localisées dans une partie des noyaux, mais elles existent cependant aussi dans toutes les régions de la corne du côté du nerf réséqué. Ainsi donc le nerf tire son origine principale d'un groupement déterminé et accessoirement de tous les autres groupes, y compris le groupe antéro-médian.

La section de la VIe et de la XIIIe racine dorsale, celle de la VIIe lombaire ne déterminent de chromolyse que dans le segment correspondant, sans empiéter sur les segments voisins.

Voici les nerfs sur lesquels il a été opéré et les segments dont ils tirent leur origine. L'origine de chaque nerf a été contrôlée environ quatre fois.

| NERFS : | SEGMENTS CERVICAUX — SEGMENT DORSAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | VI | VII | VIII | I | | | |
| Cubital..... | | + | + | + | | | |
| Médian..... | | + | + | + | | | |
| Radial..... | + | + | + | + | | | |
| | SEGMENTS LOMBAIRES — SEGMENTS SACRÉS | | | | | | |
| | III | IV | V | VI | VII | I | II |
| Tibial..... | | + | + | + | + | + | |
| Péronier..... | | | + | + | + | + | + |
| Sciatique..... | | + | + | + | + | + | + |
| Crural..... | + | + | + | | | | |
| Obturateur..... | | + | + | + | | | |

Ainsi, d'après Knape, il n'y a pas dans la moelle des noyaux nettement circonscrits d'où les nerfs des membres tireraient

leur origine comme le font les nerfs craniens dans les noyaux du bulbe. mais les différents groupes ont probablement des fonctions différentes : la flexion est fonction des noyaux latéraux, l'extension des noyaux centraux.

Le noyau antéro-médian n'est pas uniquement réservé aux muscles du dos.

### *d)* Recherches de Parhon et de ses collaborateurs.

**30.** — La contribution la plus considérable à la récolte des faits expérimentaux a été faite par Parhon et par ses collaborateurs Goldstein, Popesco, Savu et Mme C. Parhon.

Voici comment nous pouvons résumer les faits démontrés par ces auteurs.

FIG. XIX.

6me segment cervical.

Cellules du noyau du nerf circonflexe en chromolyse. Le noyau du nerf du grand pectoral, en dedans, intact.

(PARHON et GOLDSTEIN.)

La résection du *sciatique poplité externe* et celle du *sciatique poplité interne* déterminent des réactions dans deux groupements respectifs, qui occupent la moitié inférieure du 4me et la supérieure du 5me segment lombaire, pour le sciatique poplité externe, tandis que les cellules du sciatique poplité interne se poursuivent jusque dans le 6me segment lombaire [1].

La résection du *nerf circonflexe,* chez le chien, détermine la chromolyse dans un noyau nettement limité, situé de la partie inférieure du 5me segment cervical jusqu'à la partie inférieure du 6me, au rebord externe et plutôt antérieur de la corne antérieure (ce nerf innerve le deltoïde, le petit rond, et donne en outre quelques filets au grand rond et au sous-scapulaire).

1. — Je n'ai pas lu ce travail original. Je cite d'après les auteurs.

La rupture du *nerf obturateur*, chez le chien, donne des lésions dans le groupe central, dans toute la moitié inférieure du 3me segment, et jusqu'à un niveau un peu plus bas que la partie moyenne du 4me segment lombaire.

La résection du *nerf du grand pectoral*, chez le chien, détermine la chromolyse dans le noyau central de la corne antérieure de la moelle cervicale, de la partie inférieure du 5me ou du commencement du 6me segment cervical, jusque dans la partie supérieure du 7me (1900).

**31.** — *a)* Après la désarticulation de la *main*, les cellules en réaction se trouvent déjà à la partie supérieure du 8me segment. Ces cellules constituent le noyau le plus en arrière et en dehors parmi les groupes secondaires dont l'ensemble forme le grand groupe postérieur. Le noyau en question, qui n'est formé au début que de quelques cellules, grandit à mesure qu'on descend et se trouve lui-même souvent divisé en deux groupes. Au niveau du premier segment dorsal cette colonne de cellules forme le groupe postéro-latéral.

*b)* La désarticulation de l'*avant-bras* démontre que son innervation provient des 7me et 8me segments cervicaux et du 1er segment dorsal. A la partie inférieure du 7me segment, nous trouvons en réaction le groupe postérieur, qui débute à ce niveau (ce serait le groupe des muscles de la région antérieure de l'avant-bras). Au niveau du 8me segment nous trouvons quatre groupes postérieurs. Le plus postérieur innerve la main, comme nous l'avons vu plus haut. Les trois autres sont aussi en réaction après désarticulation de l'avant-bras. (Le plus externe innerverait les muscles de la région postérieure ; les deux autres groupes les muscles antérieurs.) Il existe, en outre, à la partie supérieure du 8me segment, un groupe peu continu dans les coupes, un peu en avant des deux groupes secondaires, qui réagit en même temps que le plus postérieur des trois groupes de l'avant-bras et qui innerverait donc aussi des muscles de la région postérieure de l'avant-bras.

Au niveau du 1er segment dorsal ces groupes s'amincissent et s'arrêtent.

*c)* La désarticulation scapulo-humérale du *membre supérieur*, détermine une réaction qui commence dans la moitié inférieure

du 6me segment cervical, dans le groupe le plus postérieur, qui peut se dédoubler à maintes reprises en un groupe postéro-externe et en un groupe postéro-interne, celui-ci en même temps postérieur. Quelques cellules éparses réagissent dans le noyau central et dans le noyau intermédiaire (m. pectoral et deltoïde).

Au 7me segment apparaît un nouveau groupe plus postérieur que le précédent qui devient intermédiaire; nous savons que l'innervation des muscles antérieurs de l'avant-bras en dépend. A ce niveau, le groupe postéro-interne de l'ensemble intermédiaire a pour fonction d'innerver le triceps brachii. On trouve cependant quelques cellules malades éparses dans les noyaux secondaires antéro-externe et antéro-interne. Le noyau du triceps se continue dans le 8me segment. Dans le 1er segment dorsal il n'y a plus de cellules innervant le bras.

*d)* La désarticulation du *pied* produit des lésions du milieu du 5me segment lombaire jusqu'au milieu du 6me. Les cellules apparaissent d'abord par petits intervalles et se réunissent ensuite en un groupe qui prend la place du grand groupe postérieur disparu au niveau du 6me segment lombaire.

*c)* La désarticulation de la *jambe* produit, outre la localisation précédente, des altérations dans les deux groupes postéro-interne et postéro-externe, au milieu du 4me segment lombaire; ces groupes dépassent un peu le milieu du 5me, en avant du point où le noyau du pied commence.

Le groupe postéro-interne est le noyau du nerf tibial et le postéro-externe celui du nerf péronier commun.

*d)* Après désarticulation de la *cuisse* les lésions commencent vers le milieu du 3me segment lombaire. Le groupe externe, qui représente le noyau du nerf fémoral, le groupe central qui est le noyau du nerf obturateur, sont en réaction. Plus bas, là où il y a six groupes, les cellules des noyaux centraux et intermédiaires, par continuation des noyaux précédents, agissent, par le nerf sciatique, sur les muscles postérieurs de la cuisse.

Ces nerfs ont donc leurs noyaux d'origine circonscrits ; cependant en beaucoup d'endroits ces noyaux présentent des subdivisions appréciables (1901).

**32.** — Dans une nouvelle série d'expériences, Parhon et Mme Parhon « cherchent à trouver, dans les amas cellulaires

qui correspondent aux muscles de la jambe, la part qui revient à chaque muscle en particulier ».

Ils ont donc *extirpé* des muscles et recherché dans la corne antérieure les altérations consécutives à cette extirpation. « Ces altérations ne sont pas très grandes. Le corps cellulaire est un peu augmenté de volume, mais le noyau ne se déplace pas ou rarement ; la dissolution des éléments chromatophiles n'est pas bien avancée, il existe plutôt une désagrégation de ces éléments. On reconnaît la première phase de la chromatolyse. Nous avons rencontré, dans beaucoup de cellules, l'aspect spécial que Marinesco vient de décrire dans une récente communication faite à la Société de Neurologie de Paris. Ces altérations, pour n'être pas très grandes, sont suffisantes pour faire les recherches sur les localisations. Leur peu d'intensité s'explique par le fait que, en réséquant les muscles de la jambe, on atteint le cylindraxe loin de la moelle et on enlève une partie minime de cette partie du neurone moteur (1901-1903). »

**m. Sterno-cleido-mastoïdien :** Chez le chien, ce muscle est formé de quatre faisceaux groupés en deux masses qu'on peut considérer comme deux muscles séparés. Aussi l'extirpation de chaque masse produit-elle une réaction dans un groupement de cellules nettement distinct. L'extirpation des deux masses produit la somme des effets provoqués par les extirpations isolées.

Dans la région de transition entre la moelle cervicale et le bulbe il existe deux noyaux centraux. C'est le groupement central interne qui innerve le sterno-mastoïdien. Dans le 1er segment cervical, le noyau central externe disparaît, mais en dehors et un peu en arrière du noyau du faisceau ou muscle sterno-mastoïdien commence le noyau des trois autres faisceaux du sterno-cleido-mastoïdien. Le noyau central interne disparaît vers la partie supérieure du 2me segment cervical.

Le groupe externe postérieur, dont le début se trouve dans le 1er segment, après la disparition du noyau central externe, en dehors et en arrière du noyau central interne (sterno-mastoïdien), se continue sur toute la hauteur des 2me, 3me, 4me, 5me et dans la partie supérieure du 6me segment. Topographiquement, il se place en arrière et un peu en dehors du noyau du nerf

phrénique, en avant et en dedans du noyau du grand pectoral, aussitôt que celui-ci apparaît. — Ce noyau tout entier entre en chromolyse par l'extirpation des portions cervicale de la nuque, cervicale mastoïdienne et brachiale du muscle sterno-cleido-mastoïdien.

Dans chacune des expériences, la partie restée presque entièrement intacte contenait cependant quelques cellules malades. Les auteurs attribuent ces altérations aux traumatismes de voisinage inévitables au cours de l'opération.

**m. Biceps brachial** : Noyau commençant à la partie moyenne du 6me segment c., en arrière et en dedans du noyau du grand pectoral, partie interne de l'ensemble des noyaux de la région antérieure du bras. Augmente progressivement en étendue, puis s'amincit et disparaît à la partie supérieure du 7me segment.

**m. Brachial interne** : Noyau commençant à la partie moyenne du 6me segment c., en arrière et en dehors du noyau du grand pectoral, partie externe de l'ensemble des noyaux de la région antérieure du bras. Augmente progressivement en étendue, puis s'amincit et disparaît à la partie supérieure du 7me segment.

**m. Fléchisseur superficiel des doigts** : Noyau commençant dans la moitié inférieure du 7me segment cervical, groupe antéro-central, en dedans et un peu en arrière du noyau du triceps, en avant et en dedans du noyau des muscles de la main ; finit en même temps que le noyau du triceps à la partie inférieure du 8me segment.

**m. Extenseur radial du carpe** : Noyau apparaissant un peu plus bas que le noyau du fléchisseur superficiel, dans l'angle postéro-interne de la corne, sur presque toute la hauteur du 8me segment.

**m. Grand complexus** : Petit groupe situé en arrière d'un plus grand, près du bord antérieur de la corne au niveau des 1er, 2me et 3me segments cervicaux.

**m. Long épineux :** Noyau dans l'angle antéro-interne de la corne antérieure, au niveau des quatre premiers segments dorsaux.

**m. Long dorsal :** A partir du 5$^{me}$ segment dorsal, groupement à la partie antérieure de la corne. Ce noyau est intermittent. Il continue cependant régulièrement, s'élargit à la partie dorsale inférieure en s'appuyant vers l'angle antéro-interne de la corne. Il reste bien formé dans la moelle lombaire supérieure et y est même dédoublé. Il cesse à la partie supérieure du 4$^{me}$ segment lombaire.

**m. Couturier :** Noyau à la partie inférieure du 3$^{me}$ segment lombaire, en avant du noyau de l'obturateur et du noyau du quadriceps ; plus bas il occupe l'angle antéro-externe de la corne ; il disparaît à la partie inférieure du 4$^{me}$ segment.

**m. Quadriceps femoris :** Le noyau apparaît à la moitié inférieure du 3$^{me}$ segment l. à l'angle externe de la corne ; considérable dans le 4$^{me}$ segment ; finit à la partie inférieure de celui-ci.

**m. Long adducteur :** Groupe central, antérieur du noyau d'ensemble de l'obturateur.

**m. Grand et petit adducteurs :** Groupe postérieur du noyau de l'obturateur.

**m. Droit interne :** Groupe interne du noyau du nerf obturateur.

Ces trois groupes secondaires du noyau de l'obturateur commencent à la moitié inférieure du 3$^{me}$ segment et finissent à la partie inférieure du 4$^{me}$ segment. Ils sont imbriqués, présentant des renflements et des amincissements concordants.

**m. Demi-membraneux :** L'extirpation de ce muscle détermine une réaction nettement localisée dans un noyau que l'auteur décrit ainsi :

« Le noyau du demi-membraneux commence vers la partie inférieure du tiers supérieur du 4$^{me}$ segment lombaire, par une extrémité effilée, logée en dehors et un peu en arrière du noyau de l'obturateur, entre celui-ci et l'extrémité inférieure du noyau du crural. Un peu plus bas, le noyau de l'obturateur diminue,

tandis que celui du demi-membraneux augmente et entoure en quelque sorte la partie externe et postérieure de celui-là. On peut dans cet endroit distinguer, dans certaines coupes au moins, dans le centre du demi-membraneux, deux groupements secondaires, et nous nous demandons s'ils n'innervent pas chacun un des deux chefs que présente, chez le chien, le demi-membraneux.

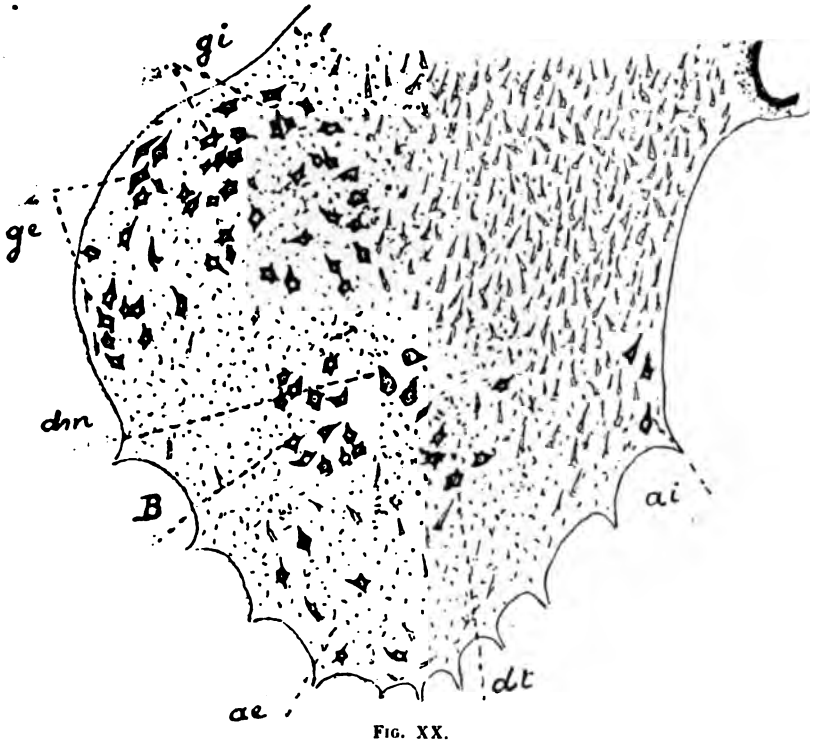



FIG. XX.

**Coupe de la partie moyenne du tiers moyen du 4me segment lombaire** (PARHON).

*ai*, groupement antéro-interne innervant les muscles de la colonne vertébrale. — *ae*, groupement antéro-externe. — *ge*, centre des muscles antéro-externes de la jambe. — *gi*, centre des muscles postérieurs. — *dm*, extrémité inférieure du noyau du demi-membraneux.
On voit, en avant de lui, l'extrémité supérieure du centre du demi-tendineux *dt* et, en dehors, celle du centre du biceps crural *B*.

» Un peu plus bas, le noyau de l'obturateur disparaît et le centre du demi-membraneux, plus arrondi à ce niveau, occupe à lui seul la partie centrale de la corne. Un peu plus bas encore, il s'effile de nouveau et disparait vers la partie moyenne du 4me segment lombaire, tandis que, en avant et en dehors de lui, apparaissent respectivement les centres du biceps crural et du demi-tendineux. »

**m. Biceps crural :** Noyau débutant vers la partie moyenne du 4me segment lombaire et en dehors de celui du demi-tendineux. Vers la partie inférieure du 4me segment lombaire, nous trouvons le centre du biceps constitué par deux groupements secondaires, mais il reste à voir, par de nouvelles recherches, si un de ces groupements ne représente pas le centre de l'adducteur de la jambe, muscle fusionné, par son extrémité inférieure, avec le biceps et qui, pouvant être considéré comme un chef de ce dernier, a été enlevé en même temps que le biceps. Enfin, vers la partie moyenne du 5me segment lombaire, le centre de ce dernier muscle s'effile de nouveau et disparaît bientôt.

**m. Demi-tendineux :** Noyau analogue et parallèle au précédent, situé en dedans de lui, en dedans et en avant du noyau du demi-membraneux, commençant un peu plus bas et se terminant de même un peu plus bas que le noyau du biceps crural.

**m. Jumeaux :** Groupement secondaire de la moitié inférieure du 4e segment lombaire, occupe la partie la plus antérieure du groupement primaire postéro-interne ; ce centre descend le plus bas parmi ceux des muscles de la jambe ; dans le 5me segment lombaire, il est formé de deux groupements secondaires. Il s'arrête à la partie inférieure du 5me segment.

**m. Fléchisseur superficiel :** Centre de la moitié inférieure du 4me segment lombaire, immédiatement en arrière des jumeaux.

**m. Fléchisseur profond :** Centre apparaissant presque en même temps que le précédent, en dehors et souvent un peu en arrière de celui-ci, en arrière des jumeaux. Il finit en même temps que le précédent.

**m. Jambier antérieur :** Centre apparaissant vers la partie inférieure de la moitié supérieure du 4me segment lombaire, en arrière de l'extrémité inférieure du noyau du nerf crural.

Il se poursuit isolément dans une petite étendue du 4me segment, dans l'angle postéro-latéral.

Puis apparaît en arrière de lui le noyau des extenseurs.

**m. Extenseur commun des orteils et extenseur propre du gros orteil :** Noyau en chromolyse après l'extirpation de ces muscles, en arrière du précédent au 4me segment lombaire.

**m. Long péronier latéral :** Groupement situé en arrière des centres des muscles fléchisseurs superficiels, en dehors des jumeaux et du fléchisseur profond.

On voit que ces recherches expérimentales poursuivies par les mêmes auteurs sur un nombre considérable de chiens, dans les mêmes circonstances expérimentales, ont donné des résultats précis et concordants.

### *e)* Recherches de Onuf et de Collins.

**33.** — L'extirpation des ganglions du grand sympathique détermine de la chromolyse dans les quatre régions suivantes de la substance grise médullaire :

1° Groupes paracentraux, situés le long du canal épendymaire ;

2° Petites cellules de la corne latérale (tractus intermediolateralis) ;

3° Petites cellules de la zone intermédiaire entre la base de la corne antérieure et la base de la corne postérieure ;

4° Colonnes de Clarke (quelques cellules).

Toute la région qui sépare les cornes antérieure et postérieure donne des fibres sympathiques.

Il y a des fibres croisées.

Les fibres thoraciques inférieures tirent leur origine des segments où ils pénètrent, mais quelques fibres descendent et d'autres remontent dans les segments adjacents. Elles peuvent même aller fort loin ; c'est le cas pour bon nombre de fibres de la région cervicale (1898).

Ces faits sont entièrement confirmés par les expériences de Huet (1898) et par celles de Laignel-Lavastine. (*Recherches sur le Plexus solaire, 1903,* p. 73.)

### *f)* Recherches de Brissaud et Bauer.

**34.** — Ces auteurs ont eu pour but d'étudier chez le têtard et la grenouille la répartition topographique des lésions des

cellules radiculaires des cornes ventrales de la moelle après amputation des segments de membre.

Les amputation ont été faites au membre postérieur au moment de l'apparition de celui-ci chez le têtard. La moelle a été examinée de quelques semaines à plusieurs mois plus tard avec la méthode de Von Gieson, celle de Nissl, ou après colora-

Fig. XXI.

**Amputation du tarse droit. — Réamputation 50 jours plus tard. (Petite régénération 25 jours après.)** (Brissaud et Bauer.)

tion à l'hématoxyline-éosine. Chaque fois des altérations ont été constatées.

Le groupe médio-ventral est toujours resté intact. La lésion cellulaire est très variable, particulièrement chromolyse, atrophie et disparition, quelquefois hypertrophie.

Les amputations de segments de membre déterminent au niveau des cornes ventrales du renflement lombaire des lésions

relativement délimitées. A chaque segment de membre, répond au niveau du renflement lombaire, un groupe plus ou moins

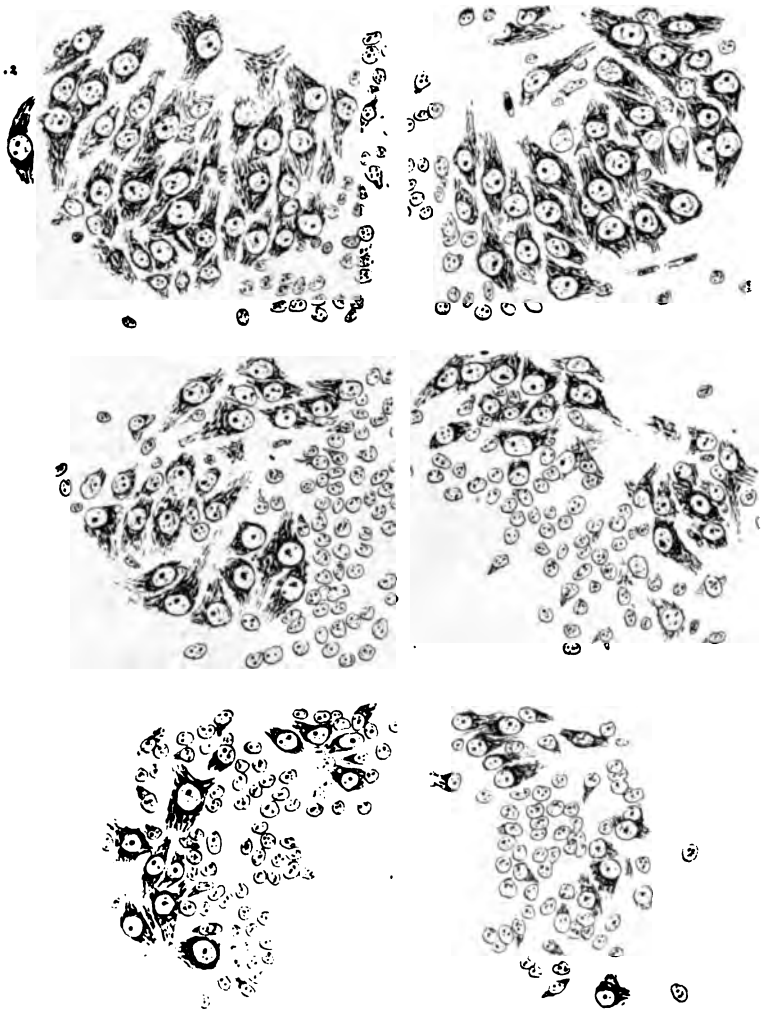


Fig. XXII.

**Noyaux moteurs des trois coupes précédentes.**

limité de cellules radiculaires, mais non différencié normalement. Les groupes semblent s'imbriquer en se superposant.

Sur des coupes transversales au-dessous de la 10me racine, sur une petite hauteur, le groupe cellulaire ne contient guère que des

éléments correspondant aux muscles du pied. Au niveau de la 10e et juste au-dessus, la partie postérieure et externe du groupe latéral correspond au pied, la partie antéro-interne à la jambe.

Fig. XXIII.

**Amputation de la jambe gauche (40 jours) sans régénération.**

**Amputation de la cuisse droite (60 jours) sans régénération.**

FIG. XXIV.

**Topographie des groupements de cellules radiculaires du renflement lombaire correspondant aux différents segments du membre postérieur (têtard et grenouille).**

FIG. XXV.

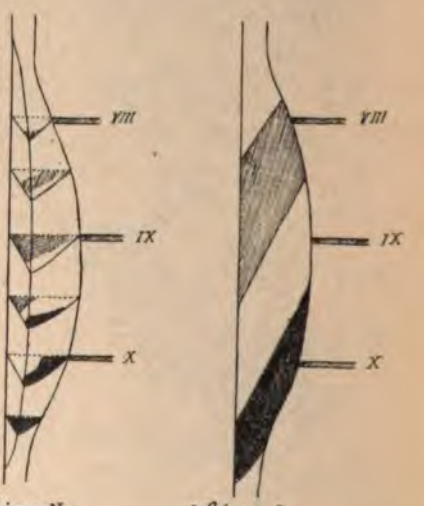



Schéma I. — Schéma du groupe latéral des cellules radiculaires.
Pied = noir. — Jambe = blanc.
Cuisse = hachures.
VIII, IX, X = racines.
Schéma II. — Même schéma (dans l'espace). Schéma II Schéma I

(Toutes ces figures sont du travail de Brissaud et Bauer. La moelle n'a pas été mise dans la uation normale, corne antérieure en bas, pour conserver la concordance de ces figures entre es et avec les schémas.)

**35.** — Entre ces multiples résultats expérimentaux il n'y a que peu de différences, et ces différences ne sont pas essentielles.

Une remarque générale qui ne s'applique pas seulement aux neurologues, c'est que les erreurs sont presque inévitables dans les études les plus soutenues. Divers auteurs sont revenus sur des opinions précédentes, avouant sincèrement qu'ils s'étaient trompés « *par inattention* ». Souvent dans la correction des épreuves, des figures mal placées ont pu induire en erreur, des expressions incorrectes ont pu rester inaperçues. Des malentendus en sont résultés.

Le même cliché de De Neef, figure 51, 3e segment sacré, est désigné partie inférieure dans les « Mémoires couronnés de l'Académie », et partie supérieure dans le « Névraxe ».

Pour un travail de Marinesco, les figures sont à leur place exacte dans le tiré à part seulement (1901).

Dans le travail de Parhon et Goldstein (1900), sur l'origine réelle du nerf circonflexe, le cliché de la figure I se trouve à la place de celui de la figure II, ce qui rend le texte presque inintelligible.

Dans le dernier travail de De Buck le tableau synoptique des noyaux médullaires du chien, d'après De Neef, se trouve à la place de celui du lapin.

Le tableau synoptique de Onuf est mal reproduit par De Neef qui n'a pas vu que Onuf admet un groupe médian unique aux 4me et 5me segments l. et 1er sacré, ni que Onuf admet que dans la partie distale du 3me sacré le post-postéro-latéral est encore représenté. Van Gehuchten paraît s'être fié à De Neef sur ce point et Lubouschine l'a suivi.

Des erreurs plus sérieuses ont pu se produire par suite d'une interversion des pièces à examiner. Et il est arrivé à Parhon de devoir rectifier une première opinion faussée par suite d'une double expérience sur le même animal : le côté droit avait été pris dans toute une série pour le côté gauche.

On peut donc se demander si la seule grande divergence qui se trouve dans les recherches précédentes n'est pas due à une erreur semblable. De Neef localise les muscles de l'avant-bras dans un groupe où il est impossible qu'il se trouve d'après toutes les recherches subséquentes.

Il existe en outre, dans le travail de De Neef, une contradiction flagrante entre le texte et une figure. Le noyau segmentaire $D^r$,

innervant les muscles du pied « s'étend dans le domaine des deuxième et troisième segments sacrés ». Mais le dessin du nerf sciatique ne donne aucune connexion de ce nerf avec les deux segments en question. De plus, ce dessin, comme le tableau synoptique, contient une erreur de numérotage ; l'auteur ayant perdu de vue que le chien a 13 (treize) paires de nerfs dorsaux et ayant numéroté les racines après ouverture de la dure-mère, il en est résulté un numérotage erroné des paires lombaires, la 2me n'étant, en réalité, que la 1re. De plus, De Neef ne donne que six paires lombaires, alors que le chien en a sept ; de cette façon s'explique la différence des résultats obtenus par lui et par Parhon. Ce dernier auteur a bien vu l'erreur de numérotage de De Neef, mais sans en remarquer l'origine. On comprend à quels malentendus ces fautes doivent conduire.

Cette erreur dans le numérotage des racines, qui paraît si grossière à première vue, est véritablement celle à laquelle on a toujours le moins pensé. C'est ainsi qu'on comprendra difficilement ce détail, cependant réel, des premières recherches de Parhon et Goldstein, détail qu'ils nous donnent eux-mêmes en examinateurs consciencieux.

« Mais il y a une autre précaution qu'il faut prendre dans ces recherches, c'est de faire la coupe des segments seulement après avoir sectionné la dure-mère. » ... « En ne prenant pas cette précaution on arrive à donner au 5me segment lombaire une hauteur beaucoup plus grande qu'il ne l'a en réalité ; c'est ce que nous avons fait, après Parhon et Goldstein, dans notre travail antérieur. Nous tenons à apporter ici les corrections nécessaires. En numérotant ainsi, on trouve que le groupement des muscles plantaires du pied finit vers la partie supérieure du 1er segment sacré et non pas vers la partie supérieure du 6me lombaire. »

Parhon et ses collaborateurs limitent le segment en sectionnant la moelle immédiatement au-dessus de la racine de même nom et immédiatement au-dessus de la racine sous-jacente.

Marinesco fait la section immédiatement sous les racines. De sorte qu'une bonne part du segment de Parhon rentre dans le segment inférieur de Marinesco lorsqu'une certaine partie de moelle sépare l'émergence des racines, ce qui est souvent le cas.

D'autres sectionnent d'après les racines postérieures, dont l'émergence est plus rapprochée d'une racine à l'autre, mais

qui ne correspondent pas exactement aux racines antérieures.

Enfin d'autres sectionnent au milieu de l'espace qui sépare l'émergence de deux racines motrices.

Afin de faciliter les recherches, je transcris ici quelques indications empruntées à Paterson et à Chauveau, dont il est bon de se rappeler la portée générale.

**Nombre des Racines spinales :**

| | Cerv. | Thor. | Lomb. | Sacr. | Caud. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rat | 8 | 11 | 6 | 2 | 3 | 30 |
| Cobaye | 8 | 13 | 6 | 2 | 1 | 30 |
| Lapin | 8 | 12 | 7 | 3 | 4 | 34 |
| Chien | 8 | 13 | 7 | 3 | 6 | 37 |
| Chat | 8 | 13 | 7 | 3 | 6 | 37 |
| Singe " Entellus " | 8 | 12 | 7 | 3 | 4 | 34 |

**Origine des plexus brachial et lombo-sacré :**

Rat ..... 5, 6, 7, 8 cerv. et 1 d. partiellement. — 2, 3, 4, 5, 6 lomb.
Cobaye ..... 5, 6, 7, 8 cerv. et 1 d. — . — 3, 4, 5, 6 lomb. 1re sacrée.
Lapin ..... 5 (partiel), 6, 7, 8 et 1 d. — . — 4, 5, 6, 7 lomb. 1 s. partiel.
Chien..... Probablement comme le chat (d'après dissection personnelle).
Chat..... 6, 7, 8 et 1 d. partiellement. — 4, 5, 6, 7 lomb. 1 s. partiel.
Singe " Entellus ". 4 (partiel), 5, 6, 7, 8 c. et 1 d. partiellement. — 3, 4, 5, 6, 7 (partiel).

La figure ci-contre de Ecker-Gaupp, reproduite par Brissaud et Bauer nous sera également utile, la grenouille étant un des plus fidèles de nos animaux de laboratoire

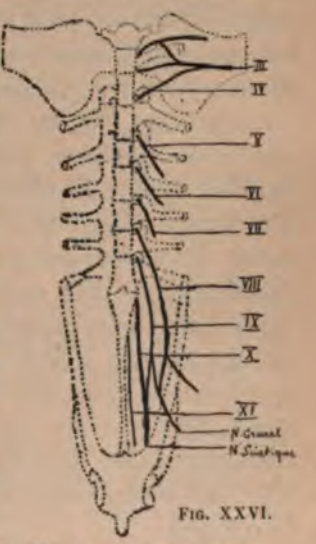


Fig. XXVI.

**Émergence des nerfs rachidiens de la grenouille** (d'après Ecker-Gaupp, cités par Brissaud et Bauer).

**36.** — Tandis que Knape ne retrouve de lésions que dans le segment directement en rapport avec la racine, Marinesco a trouvé des lésions souvent étendues sur un ou deux segments voisins. Il n'y a pas là d'opposition. Marinesco a méthodiquement coupé une à une toutes les racines cervicales et arrive à des conclusions

très précises. Knape n'a en vue que des racines dorsales et une racine lombaire.

Knape trouve des cellules altérées dans tous les noyaux, y compris le noyau antéro-médian. Ce résultat est isolé. Aucun des autres auteurs n'a trouvé de réactions dans le noyau antéro-médian après *résection* des branches antérieures des racines spinales. L'arrachement peut les déterminer.

Il suffit de comparer le travail de Knape aux premières recherches de Marinesco. Knape a sectionné des nerfs, faisceaux complexes; il devra maintenant, pour compléter ses études, faire quelques extirpations de muscles et quelques amputations segmentaires.

**37.** — Ces premières critiques étaient utiles pour justifier la sélection que nous avons dû opérer et pour montrer qu'afin de bien juger de l'ensemble des faits acquis, il faut savoir faire abstraction des erreurs que l'incertitude des procédés d'investigation et les inattentions personnelles ont pu produire.

Tandis que De Neef n'a pas eu l'avantage de provoquer ou de reconnaître les lésions produites par l'extirpation des muscles, Knape, Ferrannini et Perusini, ce dernier surtout, ont déterminé ou vu véritablement trop de lésions. Ce n'est pas là une simple affirmation pour les besoins de la cause. C'est le sentiment de tous ceux qui ont recommencé leurs recherches à diverses reprises et à des intervalles relativement longs.

Puisqu'il ne nous est pas encore possible d'indiquer mathématiquement toutes les conditions biologiques nécessaires pour produire avec le succès espéré une lésion suffisante des cellules d'un groupe déterminé, il est encore toujours nécessaire d'acquérir une expérience personnelle éprouvée pour *apprécier* la valeur pratique d'un résultat. Et il est évident que, dans cette appréciation personnelle, on peut quelquefois se laisser guider par des théories préconçues et surtout par l'influence des premiers résultats auxquels on est arrivé. Mais après avoir tourné le problème dans tous les sens, après avoir répété les séries de recherches, les expérimentateurs se mettront facilement d'accord et, comme nous le verrons ultérieurement, c'est ce qui arrive déjà.

**38. —** De tout ce qui précède nous devons conclure :

*a)* I. Les divers groupements de cellules dans la corne antérieure ont des fonctions différentes, car ils réagissent différemment après la lésion expérimentale des nerfs périphériques qui reçoivent leurs cylindres-axes du même niveau médullaire.

II. Les racines tirent leur origne du segment correspondant, et dans certaines circonstances également des parties voisines (mais ici il faudra dorénavant bien s'entendre sur la limite des segments).

III. Les nerfs tirent leur origine d'un seul noyau ou bien d'un noyau principal et accessoirement d'autres noyaux du même niveau (ou d'après Knape, accessoirement de *tous* ces noyaux, ce que nous laisserons provisoirement en suspens).

IV. Pour tous les muscles dont l'extirpation a permis de rechercher le noyau d'innervation, on a trouvé un noyau bien délimité.

V. Les groupes cellulaires qui agissent sur un même segment de membre (article) sont voisins les uns des autres au point de pouvoir être considérés comme un grand groupement ou une zone agissant par son ensemble sur un segment déterminé.

VI. Ces zones segmentaires occupent les parties centrales et latérales (antérieure, externe, postérieure) de la corne antérieure.

VII. Les groupements cellulaires agissant sur les muscles de la colonne vertébrale occupent la partie antéro-médiane de la corne antérieure.

VIII. Les groupements en rapport avec le grand sympathique se trouvent dans la partie intermédiaire entre la corne antérieure et la corne postérieure ; transversalement, du canal de l'épendyme à la corne latérale.

*b)* Les méthodes actuelles sont suffisantes pour nous permettre, en répétant les expériences, de dresser la topographie très minutieuse des localisations motrices de la moelle épinière chez les mammifères et chez la grenouille.

*c)* Avec les données actuelles, il est possible de se faire une idée de la corrélation morphologique intime qui existe entre la substance grise de la colonne antérieure de la moelle et les muscles striés qui en reçoivent leur innervation chez le chien.

Telles sont les premières conclusions qui résultent très naturellement et sans effort, des faits expérimentaux que nous avons passé en revue.

---

## E. — CONTRIBUTIONS ANATOMOPATHOLOGIQUES

**39.** — S'il nous fallait suivre pas à pas, dans l'ordre chronologique, les discussions nombreuses et les contradictions multiples auxquelles donnèrent lieu les premiers essais de localisation dans les recherches d'anatomie pathologique chez l'homme, nous aurions à passer inutilement par tant de voies détournées que l'attention ne pourrait se soutenir.

Nous tâcherons donc encore une fois de séparer, autant que possible, les faits nettement démontrés des théories diverses dont on les a souvent trop hâtivement encadrés. L'exposé des données expérimentales, fait dans les paragraphes précédents, va nous faciliter la besogne et la compréhension des résultats.

Mais tout d'abord il est indispensable de tracer en quelques lignes générales la topographie de la corne antérieure et la disposition des noyaux qu'on y rencontre. On comprend que cette description doit avoir été bien sommaire avant qu'on n'eut soupçonné l'existence des localisations. D'autre part cependant, sitôt que celles-ci commencèrent à être connues, un nouvel écueil surgit : les auteurs voulurent soumettre la classification des noyaux aux caprices de leurs théories personnelles.

**40.** — Celui qui n'examine que quelques coupes par segment médullaire est porté à croire qu'une grande uniformité existe dans toute la hauteur de la moelle ; c'est ainsi que Waldeyer a décrit quatre groupes qui sont constants aux renflements cervical et lombaire et dont l'un ou l'autre disparait dans les parties intermédiaires. Groupe antéro-médian, groupe postéro-médian, groupe antéro-externe, groupe postéro-externe.

La corne latérale ou tractus intermédio-latéral s'interrompt au niveau des renflements, d'après Obersteiner. D'après Gegenbauer, les noyaux latéraux ne seraient que le développement, l'amplification et la différenciation du tractus intermédio-latéral. Nous verrons combien cette dernière idée est erronnée.

L'étude par coupes sériées, *toutes* les coupes bien entendu étant examinées, nous montre que ces noyaux que l'on avait reconnu

de loin en loin comme identiques et superposables ne le sont nullement. On s'aperçoit qu'ils ne forment pas, comme on était tout d'abord tenté de le croire, une colonne unique dans toute la hauteur de la moelle. Ils s'interrompent ; en avant d'eux, en arrière, en dedans, en dehors commencent à se former de nouveaux amas cellulaires, nouvelles colonnes compactes qui elles aussi s'élargissent, puis s'effilent et s'interrompent. Et le noyau primitivement antérieur, poursuivi, coupe par coupe, sur la hauteur de quelques segments, devient intermédiaire. Un noyau central devient postéro-latéral. Un noyau postérieur devient intermédiaire.

Cette conception se renforce encore quand, au cours d'une étude anatomopathologique, on retrouve un noyau à cellules altérées. L'individualité de la masse de ces cellules se dessine davantage. La solidarité fonctionnelle est démontrée par la similitude de réaction.

**41.** — Acceptons donc provisoirement les dénominations suivantes pour indiquer la situation des groupements cellulaires sur une coupe de la moelle, mais rappelons-nous que ces dénominations ne s'adressent pas nécessairement à toute la colonne cellulaire dont la coupe ne nous montre qu'une tranche :

Le groupe de cellules observé dans une coupe, peut être :

**Médian** (ou médial) le long du bord interne de la corne antérieure,
*antéro-médian,*
*postéro-médian.*

**Antérieur,** au bord antérieur de la corne, en dehors de l'antéro-médian, en dedans de l'antéro-latéral,
externe,
interne.

**Latéral,** au bord latéral de la corne antérieure (distinct de la corne latérale),
antéro-latéral,
latéral intermédiaire,
postéro-latéral,
post-postéro-latéral.

**Central,** au centre de la corne antérieure,
antéro-central,
postéro-central (distinct de la corne latérale),
central interne (distinct des groupes médians).

**Para-épendymaire,** le long du canal de l'épendyme,
interne,
externe.

**Intermédio-latéral,** dans la corne latérale.

Il est à remarquer que des divisions bien plus nombreuses encore ont été faites, mais elles peuvent être facilement comprises par ce qui précède. Ainsi on parle d'un groupe postéro-latéral interne, etc.

Lorsque les auteurs furent parvenus à individualiser les noyaux de la corne antérieure, ils voulurent les grouper ou les subdiviser d'après les résultats de leurs études de pathologie ou d'après les théories qu'ils avaient cru pouvoir induire de leurs expérimentations.

C'est Bruce qui, dans sa description des noyaux de la moelle lombo-sacrée, évita le plus habilement les groupements arbitraires et, bien que son schéma soit peut-être trop simple, nous nous en rapporterons surtout à lui pour fixer les faits positifs que l'anatomie pathologique humaine nous a fournis et qui sont dus à la réaction à distance de la cellule ganglionnaire après lésion du cylindre-axe dans la périphérie.

Nous examinerons ensuite s'il est possible de tirer parti de quelques observations faites par d'autres méthodes.

**42.** — Parhon et Savu, après résection du grand pectoral avec lésions du grand dentelé et du deltoïde, ont trouvé des réactions dans les groupes antérieur et antéro-externe de la partie inférieure du 4me segment et de la partie supérieure du 5me segment cervical, seule partie examinée. (La description des lésions est insuffisante.) (1899.)

Parhon et Goldstein ont trouvé chez un homme dont les muscles pectoraux d'un côté avaient été extirpés pour cancer de la région antérieure du thorax avec métastase dans l'aisselle, des réactions dans le groupe central et dans le groupe antéro-externe au niveau du 5me segment. (1900.)

De Buck a trouvé dans un cas où les pectoraux étaient seuls atteints, après cancer du sein droit, la réaction dans le groupe central, depuis la partie inférieure du 5me segment cervical jusqu'à la partie inférieure du 7me segment cervical. (1902.)

Van Gehuchten et de Buck ont examiné la moelle lombo-sacrée d'un homme de 70 ans, atteint de gangrène, commencée en août, opéré le 28 octobre de désarticulation du genou. La gangrène s'étendit au lambeau ; le malade mourut le 18 novembre, vingt et un jours après l'amputation.

Les auteurs trouvent en réaction deux grands noyaux d'innervation. Un premier noyau très grand, comportant probablement plusieurs subdivisions, s'étend de l'extrémité supérieure du 5me segment lombaire jusqu'à la partie inférieure du 3me segment sacré. Un second noyau, également assez volumineux, surtout vers son milieu, mais semblant unique, commence en arrière du premier à partir du 1er segment sacré et s'étend jusque vers l'extrémité inférieure du 4me segment sacré.

Dans les noyaux dorsaux du côté opposé et dans les groupements médian et antéro-latéraux, quelques rares cellules en chromolyse. (1898.)

Dans un cas de gangrène sénile du membre inférieur, Cestan a noté la réaction au 5me segment lombaire et au 1er sacré, dans le groupe postéro-externe. (1898.)

Van Gehuchten et de Buck ont examiné la moelle d'un homme qui, dès le début de décembre de 1897, avait présenté des lésions gangréneuses dans le membre droit et avait été amputé au genou pour cette raison le 8 janvier 1898. Le malade avait, en outre, présenté de la gangrène de l'autre pied, du décubitus sacro-fessier. Gangrène au moignon d'amputation, mort le 8 février suivant, soit un mois après l'amputation. La fièvre avait constamment été intense, avec fluctuations de 37°,5 à 39° centigr.

La réation était manifeste dans deux noyaux et les auteurs concluent :

*Il existe donc,* à en juger par la localisation de la chromatolysé consécutive à la section des nerfs, *au niveau de la moelle lombo-sacrée, deux groupements de cellules nerveuses ou noyaux qui sont en rapport avec l'innervation motrice de la jambe et du pied, un premier noyau postéro-latéral allant depuis la partie supérieure du 5me segment lombaire à la partie inférieure du 3me segment sacré et un second noyau, postérieur au premier, allant de la partie supérieure du 2me segment sacré à la partie inférieure du 4me segment sacré.*

Ils ont en outre trouvé en réaction le noyau antérieur, du 2me segment sacré jusqu'à sa limite inférieure et ils mettent cette

lésion en rapport avec l'eschare des muscles fessiers. (Observation bien étudiée et excellentes figures.) (1898.)

Van Gehuchten et Nelis ont trouvé le noyau post-postéro latéral seul atteint quelques semaines après l'amputation des deux pieds. Ce noyau occuperait les 2e, 3e et 4e segments sacrés. (5 août 1899.)

De Buck a étudié la moelle d'un homme de 49 ans, ayant subi la résection du rectum et qui succomba vingt-un jours après l'opération. Tous les muscles striés du périnée et du rectum et les muscles lisses de ce dernier avaient été entamés. Du 3me au 5me segment sacré il y a des lésions dans le noyau médian et le noyau intermédio-latéral. Entre ces deux noyaux, en arrière des noyaux du membre inférieur, il existe des groupements assez irréguliers de cellules très petites dont quelques-unes sont également en chromolyse (1899).

Jacobsohn, chez une femme ayant présenté un carcinome du sein envahissant le plexus brachial et dont le grand sympathique du cou fut atteint trois mois avant la mort, avec pupille rétrécie et fente palpébrale réduite, trouva des réactions dans les groupes depuis le 4me segment cervical jusqu'au 1er dorsal. Les groupes médians n'étaient pas atteints ; ils ne donnent donc rien aux branches antérieures des racines. L'auteur étudie la corne latérale et conclut que le centre cilio-spinal se trouve au 8me segment cervical, dans la corne latérale *tractus intermédio latéral*. Tout le côté droit de la moelle, opposé au carcinome, était sain. (1899.)

Van Gehuchten et de Neef ont constaté dans la moelle lombo-sacrée d'un désarticulé de la cuisse, mort quelques semaines après l'opération, la chromolyse de toutes les cellules du noyau du pied, de celui de la jambe, et des noyaux antéro-externe dans les 2me, 3me, 4me segments lombaires et une colonne centrale dans les 5me lombaire, 1er, 2me et partiellement 3me sacrés. Ils concluent que ces deux derniers noyaux (3 et 5 de leur numérotage) agissent sur la cuisse. Antérieurement, Van Gehuchten et de Buck avaient décrit le noyau de la jambe et celui du pied. (1900.)

Les mêmes auteurs ont examiné la moelle lombo-sacrée d'un

homme mort douze ans après l'amputation de la cuisse. Les cellules du noyau du pied étaient normales ; celles du noyau de la jambe avaient disparu. (Cité par de Buck, 1904.)

Alexandre Bruce a examiné deux amputés, dont un amputé du genou et un amputé du membre inférieur avec résection de la hanche. Nous n'avons pas de détails sur la maladie des opérés.

Dans le cas d'amputation du genou, le groupe post-postéro-latéral est atteint (noyau des 1er, 2me, 3me segments sacrés) et le noyau postéro-latéral (noyau du 5me segment lombaire et des 1er, 2me, 3me segments sacrés). (C, fig. 27.)

Dans le second cas les seuls muscles respectés au bassin étaient : le psoas-iliaque et le pectiné, l'obturateur interne, le pyriforme et les jumeaux. Le nerf honteux avait été sectionné partiellement et peut-être même en entier. Il faut remarquer que le muscle ischio-coccygien, la partie postérieure du releveur de l'anus et du splincter anal sont innervés par la 4me racine sacrée, indépendamment du nerf honteux.

Dans ce cas, en outre des lésions présentées par le premier cas, nous trouvons la colonne postéro-latérale atteinte beaucoup plus haut, la colonne centrale dans presque toute son étendue et de même pour la colonne antéro-latérale. En outre, la partie sacrée de la colonne médiane présentait également des lésions. (E fig. 27.) On retrouve une partie restée normale au sommet des colonnes postéro-latérale, antéro-latérale et centrale aux 2me et 3me segments lombaires. Il existe de même une région normale à la partie inférieure de la colonne antéro-latérale aux 1er et 2me segments sacrés. Une partie de la colonne médiane sacrée est restée normale.

La réaction existait également dans la corne latérale *(tractus intermedio-latéral)*.

L'auteur croit pouvoir placer les noyaux du psoas-iliaque et du pectiné dans les noyaux antéro-latéral, postéro-latéral et central. Les noyaux de l'obturateur interne, du pyriforme et des jumeaux dans la portion ventrale du groupe antéro-latéral aux 1er et 2me segments sacrés.

Le releveur de l'anus et le splincter anal doivent avoir leurs noyaux dans la colonne médiane des 3me et 4me segments sacrés.

D'autres muscles innervés par le nerf honteux doivent avoir leurs noyaux dans la corne latérale. (1901.)

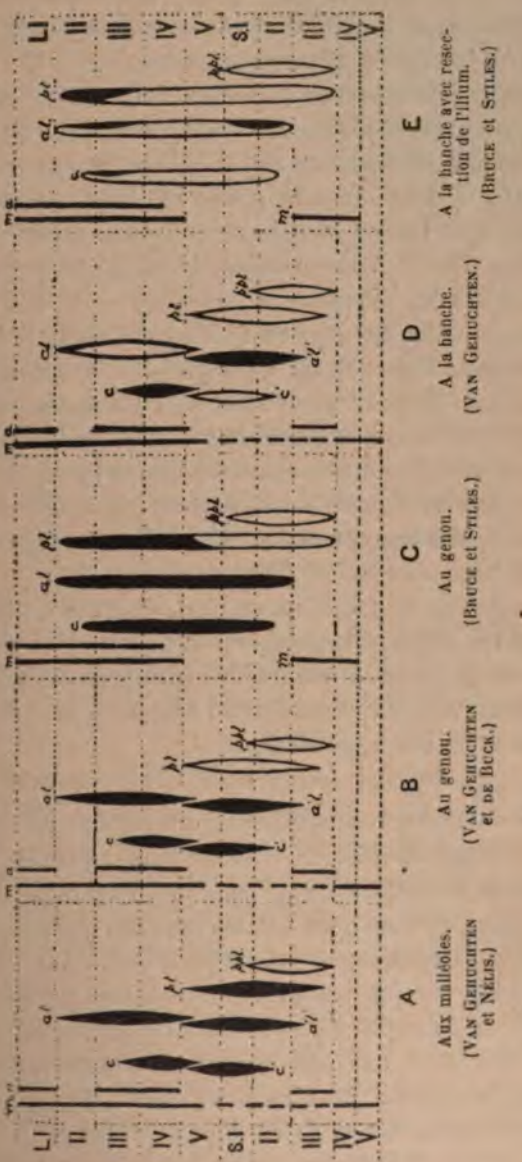



Fig. XXVII. — Schéma pour montrer l'étendue longitudinale de la réaction à distance après amputation de différents segments de membre. Les régions normales en noir, les altérées simplement en contour. (Bruce.)

De Buck a observé trois cas de décubitus fessier à la suite de : *a)* compression de la moelle ; *b)* cachexie générale ; *c)* gangrène

entamant en même temps à gauche le pied dans son entier, à droite les orteils seulement. La réaction à distance existait chaque fois dans la partie supérieure du groupement central, qui va de la partie moyenne du 3me segment lombaire jusqu'à la partie inférieure du 2me segment sacré.

Dans un de ces cas le décubitus était très vaste, il entamait les fessiers profonds en partie et s'étendait en bas à une partie des muscles fléchisseurs de la jambe. Dans ce cas, il y avait quelques lésions dans la partie inférieure du groupe central (du 5me lombaire au 3me sacré) et dans le groupe antéro-latéral au même niveau. Cette dernière localisation correspondrait aux fléchisseurs de la jambe.

Il semble résulter de ces recherches « que la localisation du muscle grand fessier ou du nerf petit sciatique devrait être placée dans la partie supérieure du groupement central, vers les 3me et 4me segments lombaires, au-dessous des groupements qui innervent les muscles postérieurs de la cuisse ».

Les racines, chez de Buck, portent « un segment plus bas que celles de Parhon et Goldstein ». (Numérotage des racines.) (26 VII 1902, *Journal de Neurologie.)*

Dans le cas de gangrène du pied, de Buck a trouvé en chromolysé les cellules du groupe post-postéro-latéral, et, en outre, celles de la partie inférieure des groupements postéro-latéraux interne et externe (interprétation douteuse, peut-être le pédieux). (24 VII 1902, *Belgique Médicale.)*

**43.** — Ces documents paraîtront bien peu nombreux et certes il serait nécessaire d'avoir plus souvent constaté des réactions identiques dans des cas comparables. Mais il est à remarquer, comme nous l'avons déjà dit, que ce sont ces études anatomo-pathologiques qui ont poussé les auteurs à faire des recherches sur les animaux pour vérifier la différenciation des noyaux médullaires. Et les résultats expérimentaux étant venus confirmer les conclusions logiques des premiers essais de localisation faits chez l'homme, il ne saurait plus être mis en doute qu'une loi générale régit l'ordonnance des centres nerveux qui sont en rapport avec le système musculaire ; en d'autres termes, qu'il existe entre ces centres et les muscles une corrélation

morphologique et fonctionnelle qu'un examen plus minutieux pourra nous faire connaître dans ses détails.

**44.** — La méthode de Nissl étant la seule qui laisse en place les diverses parties de la substance médullaire et qui conserve donc intactes leurs relations topographiques réciproques, les autres observations anatomo-pathologiques, soit après amputation ancienne, soit après lésion intra-médullaire, ne peuvent guère servir que comme exercice d'interprétation ; leur valeur au point de vue de la théorie des localisations est restreinte : ils bénéficieront de cette théorie sans lui apporter d'autres avantages que la preuve de sa signification pratique.

L'étude des localisations médullaires en est donc toujours à sa phase anatomique. La méthode expérimentale constitue le facteur principal de ses progrès ; c'est par là quelle s'enrichit encore journellement. Sous le contrôle de l'anatomie des racines motrices, des plexus des nerfs et de leur distribution, l'examen de la moelle humaine, après lésion périphérique d'un muscle ou d'un nerf, nous permet de délimiter les localisations motrices de la moelle chez l'homme.

**45.** — C'est avec ces réserves que nous allons rapporter, à titre d'exemples, quelques travaux qui ont pris pour objet l'examen de moelles d'anciens amputés ou de lésions localisées intra-médullaires.

Souques et Marinesco ont trouvé dans un cas d'amputation congénitale des doigts, « l'hémiatrophie massive de la moitié droite de la moelle (au niveau de la 1re racine dorsale et de la 8me cervicale), portant à première vue sur toutes les parties constituantes, ainsi qu'on peut s'en rendre compte aisément, en prenant comme terme de comparaison la moitié gauche de la moelle qui est normale ».

Nous passons sur les altérations des racines postérieures et des cordons qui ne nous importe pas ici. Il est intéressant de voir les auteurs employer cette expression « à première vue ». Une excellente figure nous montre que loin d'être compris dans la lésion, le groupe antéro-interne du côté malade possède au moins *dix* cellules, celui du côté normal *cinq* cellules. Nous remarquons au rebord postérieur de la corne malade une série

de sept cellules exactement disposées en deux petits groupements comme les sept cellules situées au même endroit du côté sain (c'est le début de la corne latérale tractus intermedio-latéral) au niveau de la première dorsale. Le groupe atteint est le groupe médian d'après la classification de Waldeyer, en réalité le groupe post-postéro latéral du renflement cervical qui, dans les expériences, réagit après amputation de la main. (1897.)

Marinesco, dans une étude remarquable sur un cas de syringomyélie cervicale, discutant la pathogénie de la main de prédicateur, montre qu'elle est due à l'intégrité des noyaux les plus éloignés du canal central. Les noyaux des extenseurs sont localisés plus haut et plus en dehors que ceux des fléchisseurs du poignet ; la lésion s'avançant du centre vers la périphérie paralysera d'abord les fléchisseurs, produisant ainsi un signe clinique qui peut être considéré comme pathognomonique de la localisation.

Consignons encore cette remarque que « les noyaux d'un nerf ne présentent pas la même situation relative à divers segments de la moelle, mais ils subissent un mouvement en vertu duquel ils abandonnent leur position primitive et un autre noyau vient prendre leur place ».

Cette observation, partiellement erronée, n'en contient pas moins la conception exacte de la diversité des noyaux et de leur agencement. (1897.)

Monakow, dans un cas de dilacération du plexus brachial, dit que dans la corne antérieure le groupe latéral était complètement disparu, tandis que le noyau médian était relativement intact. Il croit que la plupart des cellules qui composent ce noyau appartiennent à des neurones commissuraux. (1898.)

Flatau a décrit sommairement deux cas d'amputation du membre inférieur ayant déterminé de la chromolyse ; il n'insiste pas sur les localisations nucléaires (1897). Un travail plus récent (1899) donne des détails plus précis sur les résultats d'une absence congénitale de la main et de l'avant-bras. Il est regrettable que ce travail ne contienne pas de figures.

Dans le premier cas, il existait dans les groupes latéraux du 4me segment cervical au 1er segment dorsal une diminution assez

notable du nombre des cellules. La numération des cellules dans une série de coupes prises d'endroit en endroit nous donne la mesure de cette réduction.

| | GROUPES LATÉRAUX à droite | | à gauche | GROUPES MÉDIANS à droite | | à gauche |
|---|---|---|---|---|---|---|
| IVe segment cervical... | 376 | — | 564 | 85 | — | 69 |
| Ve — — ... | 440 | — | 595 | 61 | — | 74 |
| VIe — — ... | 504 | — | 551 | 64 | — | 55 |
| VIIe — — ... | 410 | — | 519 | 73 | — | 87 |
| VIIIe — — ... | 319 | — | 373 | 113 | — | 116 |
| Ier — dorsal.... | | | 77 à dr. | | — | 62 à g. |

Dans le second cas, où existait une absence congénitale de l'avant-bras et de la main, les groupes latéraux étaient très réduits aux 7me et 8me segments cervicaux, peu ou pas au 1er dorsal.

Obersteiner fit l'examen de la moelle à partir du 4me segment cervical dans un cas d'atrophie congénitale du côté droit du sterno-cleido-mastoïdien, de la portion claviculaire du trapèze, du grand pectoral avec exception de la portion claviculaire, des sus et sous-scapulaires et du rhomboïde. L'auteur ne disposant que de la portion cervicale située en dessous du 3me segment cervical ne put donc rechercher la localisation du noyau du sterno-cleido-mastoïdien. La racine médullaire du spinal était d'égale épaisseur des deux côtés et les fibres étaient de calibre identique. Coupes sériées et numération des cellules.

Quelques asymétries de la forme de la corne, sans diminution notable. Les faisceaux de fibrilles, dans les cornes antérieures examinées par la méthode de Weigert, sont identiques des deux côtés, en nombre et en calibre.

L'attention de l'auteur ayant été mise en éveil par les travaux sur la localisation du noyau du grand pectoral, il put, après examen minutieux, constater une très faible diminution du nombre des cellules du côté correspondant au muscle atrophié, dans la région centrale des cornes antérieures. Mais cette différence était insignifiante. (1902.)

Ballet retrouve dans la moelle d'un amputé de la cuisse, opéré depuis trois ans, une atrophie de la corne antérieure, mais les cellules qui s'y trouvent sont identiques aux autres. (1897.)

Van Gehuchten a examiné la moelle lombo-sacrée d'un homme mort douze ans après l'amputation de la cuisse. Les cellules du noyau du pied étaient normales ; celles du noyau de la jambe avaient disparu [1].

Switalski a examiné quatre cas d'amputation de la cuisse de très ancienne date et un cas d'amputation de la jambe au tiers supérieur. Il ne parle que d'une atrophie en totalité de la substance grise. Ce travail date de 1901 et est intitulé *Les lésions de la moelle épinière chez les amputés.*

Magnus a examiné la moelle d'un enfant mâle né à terme privé des membres inférieurs et atteint de malformations des membres supérieurs. Les muscles périnéaux, le carré lombaire, les fessiers, le faisceau psoas et le pyriforme existaient ; le faisceau iliaque du psoas-iliaque était absent. Les noyaux médullaires étaient absents en beaucoup de points. Le noyau médian était intact sur toute la hauteur de la moelle. Le groupe antéro-latéral persiste dans la moelle lombaire, mais les groupes situés dorsalement par rapport à celui-ci, c'est-à-dire l'intermédiaire, le postéro-latéral, le post-postéro-latéral et le central sont absents. L'antéro-latéral est particulièrement développé au niveau du 1er segment lombaire. L'auteur décrit minutieusement les différentes coupes des segments lombaires. (1904.)

Lannois et Porot [2] ont publié un cas d'érythromélalgie où le tractus intermedio-lateralis se trouvait considérablement atrophié, comme du reste la corne antérieure l'était également à la moelle cervicale inférieure et à la moelle dorsale. Les auteurs croyent que dans la moelle cervicale les noyaux postéro-externes représentent le tractus intermédio-latéral ; ils se basent également sur les recherches de Laignel-Lavastine.

De Buck a fait l'autopsie d'un homme de 65 ans, mort de « syndrôme solaire » diagnostiqué avant l'issue fatale. L'examen de la moelle fit découvrir un gliôme d'une grande régu-

1. — Cité d'après De Buck (1904), publié dans *Handle der path.* Anat. des New-Syst. da Flatau, Jacobsohn et Minor, p. 140.

2. — Lannois et Porot : *Erythromélalgie suivie de gangrène des extrémités avec autopsie.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Bruxelles, 1903.

larité, intramédullaire, étendu du 10me segment dorsal jusqu'au 2me lombaire. Le point de développement de cette tumeur correspondait précisément à la corne latérale, la colonne de Clarke et la corne antérieure étaient respectées.

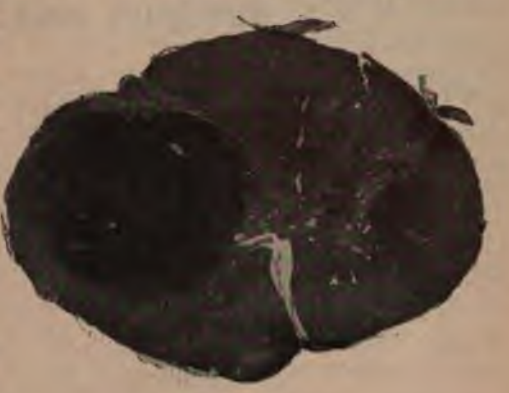


Fig. XXVIII.
**Gliôme de la moelle dorso-lombaire** (de Buck).

Le même malade était amputé de la cuisse depuis 54 ans. Les cellules des noyaux de la jambe et du pied étaient encore toutes en réaction à distance. Peu ou pas de cellules avaient disparu, mais la plupart se trouvaient encore en état de réaction. (1904.)

**46.** — On comprend que ceux qui se sont occupés du problème des localisations aient négligé de poursuivre leurs études par l'examen des cas complexes dont la lésion date de loin ou se trouve en connexion avec un processus gliomateux ou inflammatoire. Déjà, dans les cas d'amputation ou de section nerveuse récentes, il est bien difficile de réunir suffisamment de renseignements exacts sur les causes qui ont nécessité l'amputation et dont il a pu persister des névrites ou des polynévrites ; sur la fièvre et l'infection qui ont compliqué les phénomènes de nutrition cellulaire ; sur l'existence, toujours possible, de la suppuration dans la plaie opératoire. Que de doutes ne surgiront donc pas, quand le temps aura donné l'oubli et que les détails des réactions cellulaires premières se seront ternis sous la patine des années.

Mais dans l'explication de ces cas, comme dans l'interprétation des tableaux cliniques qui chaque jour exigent des connaissances plus approfondies, la notion des localisations motrices intramédullaires ne manquera pas de prendre une importance grandissante. Elle y est actuellement presque ignorée.

## F. — QUELQUES OBJECTIONS

**47.** — Il me paraît inutile d'insister sur les résultats négatifs que la plupart des expérimentateurs ont pu rencontrer. Si les conditions d'expérimentation ont été défavorables, il peut arriver que la réaction cellulaire ne se fasse pas, sans qu'il nous soit possible de dire exactement *toutes* les raisons de ces insuccès. Mais cela ne prouve nullement que les localisations n'existent pas. De Neef n'ayant pu produire de lésions après l'extirpation d'un muscle, n'a pas nié l'existence d'une différenciation si profonde ; il en a simplement conclu que « s'il est vrai qu'une telle disposition existe dans la moelle, il n'en est pas moins vrai que le moyen nous manque actuellement pour la déceler ».

L'observation de Obersteiner, rapportée plus haut, ne prouve donc qu'une chose : c'est que la connaissance des localisations aurait pu lui permettre d'affirmer la nature des lésions atrophiques observées par le clinicien qui lui remit un bout de moelle cervicale en laissant en défaut la partie la plus intéressante. Il s'agissait d'un homme de 48 ans présentant *très probablement* une atrophie *presque* complète d'une série de muscles, sans contrôle à l'autopsie. Les fibres nerveuses de la racine spinale du spinal étaient intactes, analogues à celles du côté normal ; les fibres nerveuses réparties dans la corne antérieure étaient normales ; les noyaux cellulaires étaient normaux, sauf une différence *insignifiante* dans le nombre des cellules du noyau du grand pectoral. On pouvait donc répondre que l'atrophie n'était *très probablement* pas congénitale mais acquise après la puberté, et conseiller au clinicien de continuer ses investigations rétrospectives dans ce sens[1]. (1902.)

**48.** — Mais voici que différents auteurs ont tout juste abouti à l'excès contraire. Ils ont eu des résultats qui dépassaient le but. Que les lésions périphériques aient été trop violentes ou que pour d'autres causes il y ait eu des affections ou des traumatis-

1. — Linsmayer : 11 juin 1901. *Société de Psychiâtrie et de Neurologie de Vienne.*

mes concomitants, les altérations cellulaires ont été quelquefois si étendues que l'on peut prouver qu'elles ne sont pas uniquement en rapport avec le but spécial que se proposait l'expérimentateur.

Nous avons déjà vu que Marinesco, en *arrachant* toutes les branches du plexus brachial, obtenait des lésions plus étendues qu'en arrachant isolément chaque branche et en faisant la somme de ces expériences isolées. Arracher tout le plexus brachial ! Ce n'est plus opérer une action à distance, c'est produire un traumatisme tel que la mort rapide peut en être la conséquence. Nous avons vu mourir trois lapins le jour même ou le lendemain de l'arrachement du sciatique. Et les auteurs sont d'accord pour dire que l'arrachement, opération aveugle, dit de Neef, produit, d'après Van Gehuchten, Lubouschine, Sträussler, etc., une inflammation médullaire.

A la suite de la résection du nerf sciatique chez le cobaye, Ballet a trouvé des réactions d'autant plus accentuées que la survie avait été plus longue. Au 17$^{me}$ jour les lésions cellulaires sont assez avancées, mais sans lésions dégénératives du bout supérieur du nerf. Au 37$^{me}$ jour, altérations assez profondes avec disparition de bon nombre des cellules et amincissement de la moitié gauche de la moelle, manifeste pour la substance grise, douteuse pour les faisceaux blancs. Dans le nerf sciatique des dégénérescences Wallériennes rapportées aux lésions cellulaires.

Ces résultats sont concordants avec tout ce que nous savons de la réaction à distance et nous ne les rapportons que pour montrer leur contraste avec les faits avancés par Ferrannini et par Perusini.

**49.** — Ferrannini qui admet qu'en clinique on rencontre des lésions à distribution tantôt segmentaire, tantôt radiculaire dans la syringomyélie, a voulu contrôler par des recherches expérimentales les théories de Brissaud. Il pense que la méthode expérimentale seule pourra élucider la question. Il a fait chez des chiens, dès 1901, des amputations et des désarticulations, et il a examiné les moelles par la méthode de Nissl, quinze (15) à vingt (20) jours après l'opération. « Dans presque tous les cas on trouva des altérations cellulaires dans la substance grise des

cornes postérieures (HINTERHÖRNER[1]) du côté correspondant. »
« Du côté sain il y avait également des cellules malades mais en moindre nombre. Il y avait, en outre, une *disparition* des cellules motrices du côté malade, où clairement *faisaient défaut des groupes entiers de cellules,* particulièrement dans les cas où la lésion avait été faite très près des racines. Mais ni la simple chromolyse, ni la disparition des cellules ne purent servir de criterium pour établir un arrangement topographique. »

Les figures qui accompagnent ce travail ne sont pas très probantes, et il n'est pas indiqué à quel segment elles appartiennent. On doit se demander si la rapidité et l'extrême gravité des lésions n'est pas due à des complications que nous ne pouvons que soupçonner, la relation des expériences étant fort sommaire. D'après l'auteur, il suffit de regarder les figures « pour se convaincre que la disparition des cellules, loin de répondre à la sériation de Brissaud, ne montre aucun arrangement ». Se baser sur la disparition des cellules vingt jours après mélectomie chez le chien, me paraît, en effet, une méthode qui ne saurait donner aucune indication valable, car, outre qu'elle aurait pour inconvénient de détruire les cellules qui par la méthode de la réaction à distance doivent précisément être mises en évidence, les lésions produites ne sont nullement en rapport avec ce que nous savons du phénomène de chromolyse produit dans de telles conditions. (1902.)

**50.** — Et cependant un autre auteur italien, Perusini, prétend avoir observé également, après quinze à vingt jours, chez le lapin, non seulement la réduction de la substance grise, mais une raréfaction des fibres à la périphérie de la moelle, surtout au niveau des cordons postérieurs. Pour l'amputation du pied même, nous trouvons les cellules du groupe postéro-interne et celles du groupe postéro-latéral atteintes et même disparues dans ce dernier groupe ; en outre, toutes les cellules du côté du segment malade sont altérées sauf deux ou trois cellules du groupe médian-antérieur. Et cette simple amputation du pied détermine de la raréfaction des fibres au pourtour de la moelle. Cette raréfaction est *très marquée* après amputation de la main.

1. — On a quelquefois traduit à tort par *cornes antérieures.*

Dans ces conditions, l'auteur se range à l'avis de Ferrannini. Il trouve insuffisantes toutes les théories avancées jusqu'ici.

Je ferai remarquer que Marinesco (1892) et Van Gehuchten (1903) qui se sont servi de la méthode de Marchi pour poursuivre les racines des nerfs après arrachement périphérique, nous disent qu'il faut attendre de trente à soixante jours pour avoir des lésions de dégénérescence myélinique observables.

Les expériences de Perusini qui trouve des raréfactions *des fibres des cordons*, de quinze à vingt jours après l'opération, me paraissent si extraordinaires que je n'oserais actuellement me baser sur elles pour en tirer quelque conclusion. (1903.)

**51.** — Krause et Philippson ont examiné des moelles de lapin après injections vitales de bleu de méthylène. Les préparations de ces auteurs sont d'une grande netteté et j'ai pu constater que les résultats annoncés sont réels. On peut fort bien suivre toutes les dépendances de la cellule et particulièrement le cylindre-axe jusque dans les faisceaux constituants des racines antérieures.

Ces auteurs admettent une différenciation fonctionnelle très grande des groupes de la moelle. Ils se basent sur les connexions que les dendrites des cellules établissent entre le groupe auxquelles elles appartiennent et les parties éloignées de la moelle ou des centres supérieurs. Ainsi le groupe médian envoyant ses dendrites par la commissure antérieure dans le côté opposé, ils le considèrent comme un point de passage de la voie réflexe, courte, croisée. Comme il reçoit aussi les collatérales des cordons antéro-latéraux et du faisceau pyramidal, il constitue un point de passage pour la voie réflexe, médullaire, longue, croisée. Les cellules du noyau médian envoient leurs dendrites dans la zone de sortie des fibres radiculaires.

Les fonctions des groupes latéraux et centraux sont recherchées d'une manière analogue.

Un phénomène important concerne les neurites : « Nous avons vu, en effet, que les faisceaux de neurites qui sortent de la corne antérieure sont toujours constitués par des fibres provenant de groupes éloignés et différents, et que ces fibres doivent, à cet effet, décrire des routes assez longues. Ce fait indique clairement que ces divers groupes ou, si nous considé-

rons l'ensemble de la moelle, les diverses colonnes cellulaires possèdent des rôles différents. Pour arriver à une action harmonique, les fibres provenant de ces divers groupes doivent donc se réunir et se diriger vers la même portion de la périphérie. »

Les auteurs résument ainsi leurs importantes recherches :

« Comme nous l'avons vu, la moelle épinière du lapin présente un aspect très compliqué. Par leur situation et leurs connexions principales, les cellules sont plus ou moins spécialisées.

» Les cellules latérales forment le neurone moteur des voies réflexes courtes et longues non croisées, et de la voie pyramidale. Ces diverses voies peuvent traverser une seule et même cellule. Ceci pourrait donner aux phénomènes d'inhibition un caractère intracellulaire.

» Les cellules médiales forment le neurone moteur de la voie réflexe croisée.

» Les cellules centrales forment le neurone intermédiaire de la voie réflexe longue, directe et croisée. Mais cette spécialisation est régularisée en quelque sorte par plusieurs structures. D'abord par le mélange des neurites d'origine diverse dans les faisceaux de la racine antérieure. Ensuite par deux méthodes de régularisation et d'extension des excitations, par les dendrites qui vont chercher des excitations dans des domaines éloignés, et surtout par l'action des collatérales récurrentes. » (1900-1901.)

Il est à remarquer que ces auteurs ne donnent pas la démonstration que les fascicules radiculaires constitués de fibrilles sorties des différents groupes, restent disposés ainsi jusqu'à la périphérie. C'est une pure hypothèse de leur part.

Et c'est précisément ce que la méthode de Nissl permet d'infirmer.

**52.** — Dejerine insiste sur les contradictions qui existent entre les auteurs qui défendent les diverses théories de localisation médullaire. Il attend des résultats plus précis. Nous réservons pour plus tard la partie polémique de sa lettre parue dans le *Journal de Neurologie*.

Des objections faites par Dejerine nous devons retenir ici que cet observateur du plus haut mérite a constamment retrouvé dans ses recherches, tant à la clinique qu'à l'autopsie minutieuse

des muscles, une distribution radiculaire de l'atrophie musculaire dans les cas d'atrophie musculaire myélopathique, dans les atrophies Aran-Duchenne, les syringomyélies, la paralysie infantile.

« Non seulement on n'a pas encore observé un seul cas d'atrophie myélopathique limitée à un muscle — ce qui, à la rigueur, ne serait pas une preuve péremptoire, car on peut toujours dire que la lésion n'est pas assez limitée pour produire cette particularité — mais, dans un groupe musculaire atrophié on ne voit pas un muscle isolé être respecté par l'atrophie, mais bien plusieurs muscles, dont l'action commune correspond à une fonction spéciale et dont l'innervation correspond également à une distribution radiculaire déterminée.

» Toutes les considérations basées sur l'anatomie pathologique et sur la pathologie expérimentale ne prévaudront jamais contre ces faits qui sont d'observation journalière. » (1900-1902.)

**53.** — Si nous résumons maintenant les objections qui pourraient prétendre nous faire douter de la réalité des multiples découvertes concordantes, dans leur ensemble, de Marinesco, De Neef, Knape, Parhon, M^me^ Parhon, Goldscheider, Savu, Popesco, Onuf et Collins, Brissaud et Bauer, de Buck, Nélis, Bruce, et de tant d'autres, nous ne trouvons que les huit lapins maltraités par Perusini, les quelques chiens de Ferrannini dont les noyaux médullaires avaient disparu en grande partie de quinze à vingt jours après l'opération, et les études plus importantes de Krause et Philippson et de Dejerine.

Mais nous avons vu que le seul argument anatomique que Krause et Philippson puissent opposer aux localisations motrices musculaires ou nerveuses consiste dans la constitution hétérogène des fascicules de fibres au sortir de la corne antérieure. Ces auteurs n'ont nullement prouvé que ces fascicules aboutissent ainsi à la périphérie. Et dès lors rien n'empêche d'admettre qu'une répartition nouvelle se fait au niveau des plexus radiculaires ou nerveux.

Quant à la fin de non-recevoir que Dejerine oppose à l'anatomie pathologique et à la pathologie expérimentale, elle ne nous empêchera pas de concentrer tous nos efforts pour lui démontrer les avantages que la clinique pourra retirer de leurs

enseignements. Et s'il existe des affections dont la distribution périphérique est nettement radiculaire, parce qu'elles atteignent d'emblée tout un segment de la moelle, la connaissance des diverses parties dont celui-ci est constitué nous permettra de dépister des lésions qui, par leur finesse, avaient échappé à des analyses très importantes déjà mais relativement plus grossières.

---

## G. — ESSAIS DE SYNTHÈSE — THÉORIES

**54.** — Nous avons déjà dit que les auteurs se sont laissés guider dans la description qu'ils ont faite des noyaux de la corne antérieure par la théorie de leur choix. Et cela est assez justifié, car il est utile, pour simplifier une description, de distinguer les arrangements similaires de la moelle cervicale et de la moelle lombaire et de signaler l'homologie des noyaux. Mais cette similitude et ces analogies ne se laissent facilement reconnaître que lorque en même temps la connaissance du rôle fonctionnel de l'organe en a précisé la signification et en justifie les particularités de structure.

Nous avons maintenant réuni tous les éléments de la discussion. En séparant les faits observés et consignés des théories qui peu à peu en sont résultées, nous nous sommes mis en mesure de juger plus rapidement de la valeur des synthèses.

Il sera donc plus facile d'examiner d'abord les théories pour savoir jusqu'où nous pourrons nous fier à elles pour classifier les noyaux à décrire dans toute la hauteur de la moelle. Quelles sont ces théories ?

*a)* Théorie radiculaire (Dejerine).
*b)* Théorie fasciculaire (Krause et Philippson).
*c)* Théorie nerveuse (actuellement modifiée).
*d)* Théorie segmentaire (Van Gehuchten et Brissaud).
*e)* Théorie musculaire (incomplète).
*f)* Théorie fonctionnelle (Parhon).
*g)* Théorie téléologique (Marinesco).

Ces théories ne sont pas données dans leur ordre chronologique. Elles sont disposées ainsi pour la clarté de leur exposition.

### *a)* Théorie radiculaire (1900).

**55.** — Dans son excellent ouvrage sur la *Sémiologie du système nerveux*, Dejerine émet une théorie basée sur ce fait que la distribution périphérique des lésions, observées par lui dans la plupart des maladies organiques de la moelle, répond

exactement aux fonctions des racines médullaires. Nous avons vu que les auteurs anglais particulièrement ont assigné à chaque racine un territoire musculaire et sensitif bien déterminé, auxquels se rendent les fibres constituantes de cette racine, quel que soit la complexité des plexus qu'elles doivent traverser. D'autre part, Masius et Vanlair ont constaté qu'à chaque racine répondait un territoire médullaire qui lui sert de centre réflexe et d'origine réelle.

D'après Dejerine il n'est pas possible actuellement de préciser davantage.

« Du reste, dit-il, plus je réfléchis à cette question, plus je suis convaincu que le dernier mot restera à la méthode anatomo-clinique. La clinique nous a montré que l'atrophie musculaire myélopathique a une topographie qui correspond à la distribution des racines antérieures et, un jour ou l'autre, l'anatomie pathologique nous montrera les groupes cellulaires qui commandent cette distribution.

» En résumé, rien ne prouve qu'il existe dans la moelle des localisations motrices segmentaires, ainsi que l'admettent Van Gehuchten et De Buck. Il n'y a pas non plus une localisation diffuse (Marinesco), il n'y a pas davantage une localisation motrice pour chaque muscle du corps (Sano). Tout démontre, au contraire, ainsi que je viens de l'exposer, que dans la moelle la localisation motrice est une localisation *radiculaire*[1].

» En d'autres termes, les racines antérieures de la moelle épinière proviennent de noyaux étagés les uns au-dessus des autres dans toute la hauteur de l'axe gris antérieur, chaque noyau ne fournissant de fibres qu'à la racine correspondante. On verra plus loin qu'il en est de même pour les localisations de la sensibilité. » (p. 793.)

Dans sa lettre au *Journal de Neurologie* (1902), Dejerine rappelle brièvement toutes les raisons qui confirment son opinion. Il s'occupe des nombreuses divergences qui séparent les expérimentateurs, il dénonce l'incompatibilité des diverses théories avec ses recherches cliniques.

Dejerine pense que Bruce arrive à des conclusions qui lui

1. — Notons que De Buck n'a jamais admis le côté absolu de la théorie segmentaire qui est de Van Gehuchten et Nelis *uniquement*. Quant à Marinesco, il s'est toujours défendu d'avoir jamais admis une localisation diffuse.

paraissent conformes aux siennes parce que cet auteur localise un même muscle dans plusieurs noyaux. Mais Bruce indique simplement les noyaux où pourraient se trouver les centres des muscles enlevés par l'amputation et n'ose choisir entre eux, faute d'éléments suffisants. D'ailleurs les recherches de Bruce aboutissent au contrepied de la théorie de Dejerine.

J'ai recherché les observations cliniques auxquelles Dejerine renvoie, et je trouve dans le travail de Cestan et Huet « que les troubles sensitifs se produisant au cours de cette maladie (syringomyélie) sous l'influence des lésions médullaires *peuvent,* comme les troubles moteurs, affecter une disposition radiculaire ».

Nous apprenons que d'après Charcot, Roth, Ballet, Brissaud, Brull, Dejerine, Raymond les symptômes peuvent atteindre « des segments de membres, des tronçons limités par des lignes perpendiculaires à l'axe des membres, comme des lignes d'amputation ». Que d'après Max Laehr, Hahn, Leyden et Goldscheider, Oppenheim, Von Soelder, Van Gehuchten, Schlesinger, Patrick, Dejerine, Huet et Guillain, Hauser, la disposition peut être radiculaire.

Je lis dans le second article de ces auteurs que la disposition radiculaire rencontrée dans la myélopathie « ne porte nullement atteinte aux recherches de De Neef, de Sano et de Parhon. Elle n'empêche pas, en effet, d'admettre dans chaque segment médullaire une distribution des cellules motrices en groupements correspondants à tel ou tel muscle, et c'est à ce point de vue que la méthode expérimentale pourra fournir d'utiles renseignements, faire la dissection, pourrions-nous dire, de chaque étage médullaire, etc... ». « Cependant à ce point de vue l'histoire de notre malade montre que les muscles de l'avant-bras droit doivent être subdivisées, car notre malade a conservé intacts son long supinateur et ses radiaux, tandis que sont atrophiés les autres muscles de l'avant-bras. »

Comme il ne m'est pas possible de tout revoir, je m'en suis tenu là. Ces auteurs se rangent en partie à l'opinion de Dejerine, tout en admettant la possibilité d'une adaptation des autres théories à celle-là.

Et c'est bien évident. Aucun des expérimentateurs n'a nié les faits très exactement consignés par Dejerine ; aucun n'a perdu de vue la distribution périphérique radiculaire. Mais comme le dit

Cestan, il s'agit de disséquer les éléments de chaque segment qui donne origine à la racine. On nous permettra d'aller « plus ultra ».

*b)* **Théorie fasciculaire** (1900).

**56.** — Je pense qu'il faut appeler *fasciculaire* la théorie qui se dégage des intéressantes données de Krause et Philippson. En effet, pour eux la localisation en rapport avec la périphérie s'arrête probablement aux fascicules qui vont constituer les racines. Ces fascicules, une fois formés, resteraient ainsi constitués pour se rendre aux organes qu'ils innervent.

Ces auteurs différencient les groupes de cellules dans la moelle d'après leurs relations *a tergo,* c'est-à-dire d'après leurs connexions avec les centres supérieurs et non d'après leurs relations avec la périphérie.

*Cellules latérales :* voies réflexes courtes et longues non croisées, et voie pyramidale.

*Cellules médiales :* voie réflexe croisée.

*Cellules centrales :* voie réflexe longue, directe et croisée.

Des neurites issus de chacun des groupes formés par ces cellules se réunissent en petits fascicules qui sortent de la moelle pour aboutir au même endroit de la périphérie.

En outre, les cellules de chaque groupe envoient leurs dendrites dans diverses directions pour recueillir autant d'excitations différenciées, et les collatérales des neurites agissent dans le même but d'association fonctionnelle.

Ainsi s'harmonisent les influences que les divers centres exercent sur les noyaux des racines médullaires ; ainsi chaque point de la périphérie reçoit la résultante des forces diverses que l'activité des centres supérieurs met en jeu.

Nous avons vu antérieurement que le détail le plus important, celui de savoir si les fascicules restent réellement associés tels qu'ils sortent de la moelle, manque de preuves. Et par la méthode de Nissl nous sommes portés à croire que cette hypothèse est erronée ou tout au moins fortement exagérée. Mais aucun contrôle combiné n'ayant été fait, à notre connaissance par les deux méthodes, nous devons réserver notre opinion.

*c)* **Théorie nerveuse** (1898).

**57.** — Marinesco, dans ses premières expériences, a cherché à déterminer l'origine réelle de divers nerfs. Ces expériences reproduisaient celles de Nissl ; elles furent aussi reprises par Knape, de Neef et d'autres, mais sans grands succès. Les résultats n'ont été précis que quand on a réséqué un nerf à distribution périphérique limitée à un organe ou à un muscle.

Ces recherches se justifient certainement, car il est intéressant de savoir quelle est l'origine réelle d'un nerf.

Mais les nerfs spinaux en général ne sont que des agrégats de fibres de diverses origines. La disposition des plexus peut varier ; les anomalies ou la diversité de leur distribution sont fréquentes ; ce qui importe, c'est le point de départ et le point d'arrivée.

Marinesco n'a d'ailleurs jamais prétendu que dans la moelle il n'existât que des noyaux de nerfs. Ses recherches ultérieures lui ont bien vite prouvé que si quelquefois le nerf correspond à un seul noyau, les règles générales qui régissent les localisations médullaires sont d'ordre beaucoup plus élevé et plus complexe.

*d)* **Théorie segmentaire** (1899).

**58.** — Voici comment s'expriment Van Gehuchten et Nelis :

« Pour nous, les différents amas de cellules nerveuses qui existent à la périphérie de la corne antérieure dans le renflement cervical et dans la moelle lombo-sacrée ne sont pas en rapport avec des nerfs périphériques distincts, ils ne sont pas en rapport non plus ni avec des muscles isolés, ni avec des groupes de muscles remplissant la même fonction physiologique. Ils sont uniquement et exclusivement en rapport avec les muscles des différents segments. *La localisation motrice médullaire n'est donc ni nerveuse, ni musculaire :* ELLE EST SEGMENTAIRE. Cela veut dire que chacun des groupements cellulaires du renflement cervical en connexion avec le membre supérieur et de la moelle lombo-sacrée en connexion avec le membre inférieur, préside à l'innervation de *tous* les muscles d'un segment de membre, quel que soit le nombre de ces muscles, quelle que soit leur fonction physiologique, quels que soient les nerfs périphériques qui s'y terminent. »

Par cette théorie, les auteurs parviennent mieux à expliquer les résultats des auteurs qui ont cherché les noyaux de nerfs et n'ont abouti qu'à des conclusions assez vagues.

Il ne leur paraît pas possible de localiser des noyaux de muscles dans le noyau segmentaire. Le nombre des petits noyaux n'est pas en rapport avec le nombre des muscles périphériques qui en dépendent. D'ailleurs dans le bulbe la subdivision des noyaux n'est pas aussi étendue que celle des muscles périphériques (oculo-moteur commun et facial).

Il est difficile de se prononcer sur la possibilité d'une division du noyau segmentaire en noyaux fonctionnels agissant sur des masses musculaires. Il est probable cependant que cette subdivision n'existe pas.

« *Les cellules de la corne antérieure de la moelle cervico-dorsale et de la moelle lombo-sacrée,* qui sont en connexion avec les muscles des membres, *sont groupées naturellement en colonnes cellulaires nettement distinctes et chacune de ces colonnes représente le noyau d'origine de toutes les fibres destinées aux muscles d'un segment de membre,* abstraction faite de la valeur physiologique de ces muscles, ainsi que des nerfs périphériques qui servent à établir des connexions médullo-musculaires.

Cette théorie ne concerne que les noyaux des membres. Nous verrons plus loin la grande part de vérité qu'elle contient dans sa partie positive. Sa partie négative, refusant d'admettre les subdivisions, n'est plus soutenable.

Déjà, antérieurement, Brissaud avait esquissé la théorie métamérique. Nous la trouvons magistralement exposée dans ses leçons sur les maladies du système nerveux (1899). Les deux figures suivantes nous la rappelleront facilement. La métamérie spinale ne correspond pas à la segmentation radiculaire, mais elle n'exclut nullement cette dernière.

« Comme les membres sont des « métamères de métamères », de même les renflements droit et gauche des régions cervico-brachiale et lombo-sacrée sont des rudiments de moelles secondaires.

» La moelle épinière se prolonge donc ou, mieux encore, émet des branches spinales destinées aux membres (une pour

chaque membre) ; et chacune des quatre branches — représentée par une moitié de renflement cervical ou lombaire — a des étages superposés de sensibilité.

» Ce qui fait que, dans les altérations de la substance grise médullaire, l'anesthésie est répartie par tranches, aux membres comme au tronc, c'est que la moelle, au niveau de l'insertion des nerfs des membres, présente des renflements formés de métamères superposés comme ceux du tronc. Les métamères du renflement brachial sont étagés comme ceux de l'axe dorsal. Au plus inférieur est dévolue l'innervation des parties les plus inférieures du membre. Au plus élevé est dévolue l'innervation des parties les plus rapprochées du tronc. »

Brissaud s'appuie ensuite sur l'examen des moelles de deux amputés fait par Van Gehuchten et De Buck pour étendre à la topographie médullaire motrice la théorie proposée pour la systématisation métamérique de la sensibilité dans la moelle.

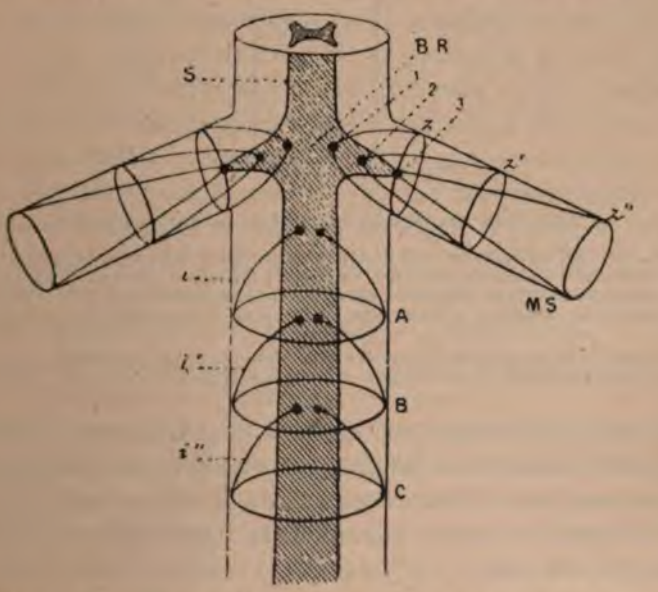



Fig. XXIX. — **Disposition métamérique du renflement brachial (schéma).**
(Brissaud.)

*S.* Moelle épinière. — *M. S.* Membre supérieur. — *B. R.* Renflement brachial de la moelle. — *A, B, C,* métamères du tronc. — *1, 2, 3,* centres métamériques du membre supérieur. *Z, Z', Z'',* zones de sensibilité circulaire du membre supérieur correspondant aux centres métamériques 1, 2, 3. — *i, i', i'',* nerfs intercostaux (chacun d'eux correspond à un métamère primitif).

Van Gehuchten et Nelis confirmèrent cette adaptation, quoique l'expression de *métamérie* introduite par Brissaud leur parut inexacte. La métamérie motrice repose d'après eux sur une base anatomique précise.

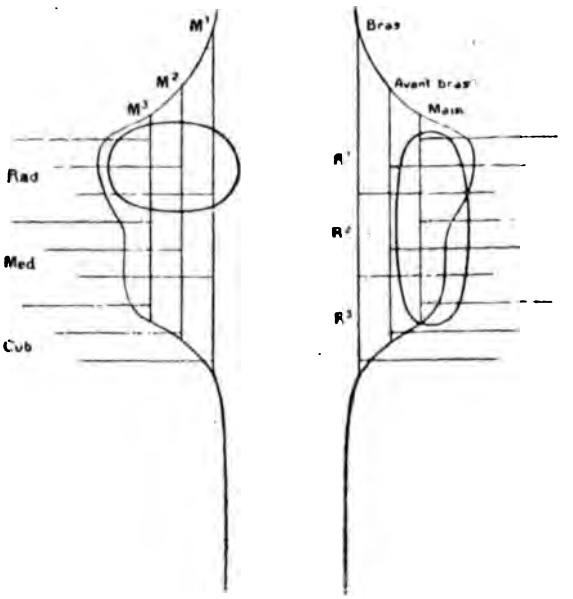



FIG. XXX. — **Le renflement cervical de la moelle.** (BRISSAUD.)

***Rad.***, étage radiculaire supérieur du membre supérieur (ou étage radial). — ***Méd.***, étage radiculaire moyen ou étage du médian. — ***Cub.***, étage radiculaire inférieur ou étage cubital. — ***M*¹**, étage métamérique spinal du renflement cervical correspondant au bras. — ***M*²**, étage métamérique correspondant à l'avant-bras. — ***M*³**, étage métamérique correspondant à la main.

A gauche, lésion du renflement cervical n'intéressant que l'étage radiculaire supérieur. — A droite lésion n'intéressant que l'étage métamérique de la main.

Ce qui prouve cependant que Brissaud n'a trouvé, dans les expériences faites avec Bauer, qu'une confirmation d'ensemble, *approximative* en d'autres termes, de la théorie métamérique ou segmentaire, c'est la restriction clairement concédée dans la remarque suivante :

« Nous n'avons tenu compte, dans nos recherches, que des lésions indiscutables et facilement perceptibles. D'ailleurs, nous ne pouvions prendre en considération les lésions peu accentuées, car, en raison de la disposition intersegmentaire des muscles des membres, les amputations, outre l'ablation seg-

mentaire proprement dite, lèsent en partie certains muscles, dont la nutrition et les fonctions sont ainsi modifiées ; il en résulte au niveau de la moelle de délicates altérations cellulaires qui sont, à vrai dire, surajoutées aux lésions directement en rapport avec l'ablation segmentaire. L'étude de la masse des lésions devait seulement aider à déterminer l'étendue et la disposition des zones médullaires correspondant aux segments de membres amputés. »

« Zone médullaire » nous paraît certainement une expression plus conforme à la réalité que « noyau », car de l'aveu même de Van Gehuchten et De Neef la cuisse, par exemple, est innervée par deux noyaux nettement distincts.

### *e)* **Théorie musculaire** (1897).

**59.** — « Chaque muscle a son noyau d'innervation distinct. »

Cette théorie qui date de 1897 et était basée dès son apparition sur des preuves anatomiques, expérimentales et anatomo-pathologiques, a sans cesse été citée et combattue par tous les auteurs indistinctement jusqu'en 1901. De cette époque datent les premières extirpations de muscles de Parhon et Mme Parhon. Ces derniers, depuis lors, sont allés jusqu'à trouver des noyaux distincts pour les grands faisceaux des grands muscles composés.

La théorie musculaire est incomplète. Elle n'envisage qu'une partie du problème. Elle n'entend d'ailleurs pas nier des groupements plus importants de noyaux de muscles entre eux pour former des noyaux de nerfs ou des noyaux segmentaires.

« *L'appareil nerveux central reste en corrélation anatomique et fonctionnelle avec l'organe qu'il innerve.*

» Malgré la complexité des nerfs et de leurs plexus, malgré les déviations croissantes du type morphologique primitif, l'appareil neuro-musculaire périphérique, c'est-à-dire le muscle avec les neurones qui l'innervent, conserve son unité anatomique et fonctionnelle. Dans certains cas même, l'innervation de chacun des faisceaux musculaires forme un tout et reste spécialisée.

» Les neurones de la sensibilité musculaire restent localisés au même niveau de la moelle où existe le noyau musculaire.

» Les relations directes qui, par là, se trouvent favorisées, nous font entrevoir la base anatomique de l'unité fonctionnelle neuro-

musculaire. Le muscle, les neurones sensitifs et les neurones moteurs forment un ensemble physiologique qui se trouve sous l'influence d'autres centres ou qui est associé par des voies directes et indirectes avec d'autres groupements similaires, mais qui constitue, néanmoins, un premier ensemble élémentaire suffisamment individualisé pour que nous puissions tout d'abord le considérer en lui-même.

» Nous pouvons comprendre comment les neurones sensitifs musculaires fournissent les premières excitations tonifiantes au noyau moteur, assurent la coordination des contractions des faisceaux élémentaires et garantissent leur synergie fonctionnelle (1901). »

### *f)* **Théorie fonctionnelle** (1900).

**60.** — « Les localisations motrices spinales sont fonctionnelles. »

« Les grands muscles à fonction isolée, comme le quadriceps crural par exemple, possèdent un centre à part et assez isolé de ceux des autres muscles. A une fonction indépendante correspond un centre isolé.

» Par contre, les adducteurs de la cuisse et le droit interne, dont la fonction est commune, ont eux aussi des centres spéciaux, mais ces centres ont entre eux des rapports plus étroits, ils sont groupés ensemble, de telle sorte qu'ils ne forment que les groupements secondaires d'un groupement principal unique. Il en est de même, ainsi que nous l'avons montré dans un travail antérieur, pour certains muscles de la jambe. Il en est de même aussi pour les extenseurs et les fléchisseurs de l'avant-bras (1902). »

C'est la fonction qui détermine la disposition des cellules en groupements principaux et les sous-divisions de ceux-ci en groupements secondaires. Par conséquent, les localisations sont fonctionnelles.

Ainsi se trouve vérifiée, une fois de plus, cette loi fondamentale de morphologie générale que « la fonction fait l'organe ».

Parhon, qui a proposé cette conception, ne voit aucune difficulté à admettre la théorie musculaire ni la théorie de Marinesco qui s'harmonisent fort bien avec ses résultats.

*g)* **Théorie téléologique** (1901).

**61.** — Cette théorie a été avancée par Marinesco.

Les groupements naturels des cellules radiculaires ou noyaux correspondent plutôt : 1° à des muscles ou bien à des nerfs qui ont une fonction bien spécialisée, tel que le diaphragme ;

2° A des gros muscles représentés par un nerf bien individualisé comme topographie et fonction (grand dorsal, grand dentelé) ;

3° A la collectivité des différents systèmes musculaires qui ont la même fonction principale ; tels sont, les fléchisseurs de l'avant-bras, les fléchisseurs du bras, les extenseurs, etc. ;

4° Les centres médullaires des muscles d'un même segment, en vertu de leur synergie fonctionnelle très étroite, affectent des connexions très intimes, gouvernées par une loi générale. L'adaptation fonctionnelle joue un grand rôle dans la disposition des cellules en groupes.

» L'arrangement en groupes des cellules radiculaires et l'agencement de ces groupes entre eux, sont gouvernés par les lois qui ont été énoncées par Cajal pour certaines dispositions anatomiques des centres nerveux, lois qui cependant trouvent mieux ici leur application et qui sont : 1° la loi de l'économie de temps ; 2° la loi d'économie de matière, et 3° la loi d'économie d'espace, lois qui elles-mêmes relèvent, ainsi que je le pense, de la *téléologie mécanique* des centres nerveux. En effet, la concentration des cellules nerveuses en groupes permet à l'organisme de faire une économie considérable d'espace par le fait qu'un grand nombre de cellules ainsi réunies en groupes occupent un minimum d'espace possible, mais suffisant pour quelles puissent remplir leurs fonctions. D'autre part, la concentration des cellules en groupe permet à un nombre restreint de fibres pyramidales de se mettre, grâce aux collatérales, en rapport avec un grand nombre de cellules radiculaires disposées dans un ordre fonctionnel préétabli, qui assure le jeu régulier et harmonieux des différents groupes musculaires antagonistes. Il y a là sans doute une variation utile pour l'organisme et une variation de ce genre fixée par l'hérédité constitue une modification anatomique permanente qui nous explique l'existence des groupes dans la série phylogénique et ontogénique. C'est préci-

sément en vertu de cette variation utile que l'organisme effectue une économie de protoplasma.

Ces considérations nous expliquent l'harmonie intime qui existe entre l'arrangement et la topographie des muscles et la représentation de leurs centres médullaires, et pour ne considérer que les membres supérieurs, nous constatons, en effet, la disposition harmonieuse dont il s'agit. Ainsi le membre supérieur est représenté dans la moelle, chez l'homme comme chez le chien, à partir de la partie supérieure du sixième segment cervical jusqu'à la partie supérieure du premier segment dorsal. Or, au niveau du sixième segment cervical, le noyau du deltoïde est situé dans le groupe le plus externe et au-dessus du centre des muscles du bras, centre qui apparaît, ainsi que nous l'avons vu, en arrière du noyau du deltoïde. Mais le centre du bras, et il est probable qu'il en est ainsi, n'a pas la valeur d'un noyau homogène dont les groupes composants, fondus ensemble, apparaissent et disparaissent au même niveau. Au contraire, les noyaux fonctionnels qui constituent le centre du bras, c'est-à-dire les noyaux du musculo-cutané et du radial, gardent à l'égard l'un de l'autre une certaine indépendance, explicable du reste par leur fonction différente. En d'autres termes, l'agencement de ces deux noyaux dans une masse unique en apparence et qui constitue le centre du bras, a dû subir l'influence des trois lois formulées par Cajal et que j'applique de propos délibéré aux associations des groupes musculaires. Les mêmes considérations s'appliquent également au centre de l'avant-bras, lequel est composé des noyaux du médian et du cubital d'une part, et du radial d'autre part. Pour montrer combien cette loi de l'espace régit la disposition des cellules en groupes, je rappellerai que les cellules du noyau du médian et celles du noyau du cubital forment une masse plus homogène que celles du noyau du radial avec un des noyaux précédents. Je ferai remarquer que sur quelques coupes, ce sont les cellules du médian qui prédominent, et que sur d'autres, ce sont celles du cubital. La même téléologie mécanique domine la disposition des autres groupes musculaires situés au voisinage de la racine du membre supérieur ; ainsi, par exemple, le nerf scapulaire qui donne le mouvement aux muscles sus- et sous-scapulaires, situés en dedans et au-dessus du deltoïde, a son noyau d'origine

dans un groupe cellulaire qui fait son apparition au-dessus du noyau du deltoïde, dans un groupe de cellules situé en arrière du groupe antéro-externe. D'autre part, le muscle grand pectoral siégeant en dedans de la racine des membres est constitué dans la moelle par un noyau central représenté principalement au niveau du 8me segment. J'ai conclu de ces recherches que les groupes naturels qui existent dans la moelle épinière ne peuvent pas être considérés, strictement parlant, comme correspondant à tous les muscles d'un segment de membre, car il y a, ainsi que nous l'avons vu, des segments, tels que le bras, par exemple, qui possèdent deux noyaux absolument différents constituant des groupes naturels ne fusionnant pas ensemble.

**62.** — Chacune de ces théories a été émise aussitôt que leurs auteurs, émerveillés de découvertes récentes et désireux de dresser un plan d'investigations nouvelles, crurent utile de coordonner les résultats acquis. Mais ces résultats n'étant que partiels, il est évident que les théories devaient ou bien manquer d'ampleur ou bien n'être qu'approximatives.

Chacun a vu juste, mais chacun n'a vu qu'un côté de la question.

Aujourd'hui que tant d'expériences peuvent être mises en parallèle et que les théories se complètent sans trop s'opposer, il est intéressant de noter comment chaque auteur s'est laissé guider trop exclusivement par ses premières découvertes. Marinesco a commencé la série de ses expériences par la section des nerfs radial, médian, cubital : son objectif, comme il le dit lui-même, était alors de rechercher si les nerfs n'avaient pas des noyaux bien définis et sa première conclusion fut que chaque nerf a un noyau principal et quelquefois des noyaux secondaires, sauf exception. Van Gehuchten a trouvé dans la moelle lombo-sacrée de l'homme un groupement nettement circonscrit pour l'ensemble des muscles du pied, il a continué ses études en remontant dans la moelle lombaire. Il a cru à la localisation exclusivement segmentaire, alors même qu'il avait déjà dû admettre au moins deux noyaux naturels pour la cuisse. Enfin, ayant commencé exactement en sens opposé, c'est-à-dire par la partie supérieure de la moelle lombaire où la différenciation est la plus grande, pour descendre dans la suite, d'autres ont

rencontré un noyau à un endroit où un seul muscle pouvait être atteint, et ils se sont efforcés dans la suite de subdiviser les noyaux, admettant que cette subdivision devait exister, là-même où ils ne la voyaient pas encore.

Puis les faits s'étant accumulés, les théories ont dû se compléter successivement et les nouvelles synthèses ont été plus éclectiques et plus prudentes.

**63.** — Après le chapitre des preuves expérimentales nous avons donné des conclusions qui, d'une manière toute naturelle, sans effort, résultent indiscutablement, ce me semble, du simple exposé des faits acquis par des méthodes positives. (§ 38.)

L'anatomie pathologique n'en a rien infirmé. Les recherches physiologiques et cliniques pourront en tirer leur profit.

Il est aisé de constater que la plupart des théories y sont déjà consignées comme autant de réalités objectives.

Nous savons qu'il existe des localisations radiculaires et que le segment où se trouve l'origine apparente d'une racine contient aussi son origine réelle, sauf quelques empiètements sur les parties voisines.

Nous ne doutons plus que les noyaux naturels, c'est-à-dire les amas de cellules ganglionnaires distinctement séparés les uns des autres, ne soient disposés d'une manière constante suivant des dispositions utiles à leur fonctionnement ; que des muscles à fonction et à origine embryonnaire analogues possèdent des noyaux plus serrés les uns contre les autres que ceux des muscles en opposition fonctionnelle ; que chaque muscle possède son foyer distinct d'innervation.

Aucune de ces propositions ne nous surprend et nous ne voyons entre elles aucune discordance. Que les noyaux des masses musculaires d'un segment de membre soient groupés de telle sorte qu'on puisse parler d'une zone d'influence médullaire reproduisant dans l'accroissement de substance médullaire au niveau des renflements cervical et lombaire, une région, homologue à la région du membre qui est en connexion avec elle, cela encore n'est que fort naturel, et nous pouvons même admettre que ces noyaux se tassent quelquefois si étroitement que le tout ne forme plus qu'un seul noyau primitif. Cependant il reste à voir si le muscle pédieux ne forme pas la partie

inférieure des noyaux des muscles antérieurs de la jambe, tandis que des muscles de la région plantaire et inter-osseuse seraient seuls innervés par le noyau post-postéro latéral. Mais même si cela est, la zone médullaire agissant sur le pied, formerait encore un ensemble dont la notion est d'une grande importance.

Toutes ces données s'appliquent aussi bien à l'homme qu'aux autres mammifères.

Aux groupements musculaires fonctionnels et segmentaires répondent des groupements nucléaires concordants.

*Au système musculaire différencié répond un système nerveux moteur non moins différencié.*

---

## H. — ESSAIS DE TOPOGRAPHIE MÉDULLAIRE

**64.** — Nous pouvons maintenant passer en revue les essais de topographie médullaire proposés par ceux qui ont eu l'attention attirée sur la différenciation fonctionnelle et anatomique des noyaux de la corne antérieure.

Nous avons dit que dans cette description les auteurs se sont souvent laissés influencer par les théories. Néanmoins, comme l'a fait remarquer Van Gehuchten, les divergences sont bien minimes et les plus grandes controverses portent sur la délimitation des segments médullaires et leur numérotage.

Un travail d'ensemble consciencieux et raisonné a été fait par Wichmann qui a relevé, dans la littérature, les indications les plus diverses sur l'origine des nerfs et des racines et les sources d'innervation de tous les muscles. Nous y trouvons que les auteurs donnent quelquefois aux nerfs les origines les plus invraisemblables. C'est ainsi que le nerf sous-clavier aurait une variabilité d'origine allant du 3$^{me}$ au 8$^{me}$ segment cervical, le nerf phrénique, du 2$^{me}$ au 7$^{me}$, le circonflexe du 5$^{me}$ cervical au 1$^{er}$ dorsal.

Actuellement que nous savons combien on s'est trompé dans le numérotage des racines il sera toujours nécessaire de faire sur la moelle en place, avant de l'enlever du canal rachidien, des ligatures sur quelques racines qui serviront de points de repère. Il faut rechercher la racine passant sous l'axis (3$^{me}$) et vérifier les vertèbres après avoir enlevé la moelle ; noter, sous la première côte, le premier nerf intercostal et voir si, en l'arrachant, on arrache la ligature placée sur le bout médullaire. Il est bon de marquer la première et la cinquième lombaire. La première racine sacrée est d'habitude la plus volumineuse. On reconnait facilement aux coupes la cinquième lombaire, mais encore ne faut-il pas toujours se fier à cette constatation. Particulièrement en ce qui concerne la moelle sacrée le numérotage des dernières racines peut être difficile. Ce numérotage est de nulle valeur s'il est fait d'après les faisceaux de la queue de cheval détachés des ganglions spinaux. Lorsque, par suite d'une autopsie trop hâtive, et nous savons tous qu'il faut quelquefois se presser, sur-

tout quand on désire avoir des pièce fraîches, lorsque la queue de cheval a dû être sectionnée en travers, mieux vaut dessiner exactement la moelle sacrée et indiquer les sections. C'est là d'ailleurs une précaution qu'il faut toujours prendre.

Parhon et Goldstein ont décrit la moelle cervicale. Les indications de Collins reproduites par Van Gehuchten et Nelis sont trop sommaires pour pouvoir être utilisées.

Van Gehuchten et De Neef ont décrit avec précision et méthode la moelle lombo-sacrée. Il faut joindre à cette étude la recherche sur le cône terminal de Van Gehuchten et Lubouschine.

Onuf a donné une description de la moelle sacrée.

Enfin De Buck et Bruce ont donné un aperçu d'ensemble.

Je ne fais mention que des auteurs qui se sont particulièrement occupés de la topographie de la moelle humaine, après avoir contribué, par des recherches personnelles, à l'étude des localisations médullaires.

**65. — Moelle cervicale.** — Nous la décrirons ici d'après Parhon et Goldstein.

Dans le 1er segment cervical, sur les coupes où on rencontre le plus grand nombre de groupements, on peut en voir jusqu'à cinq : antéro-interne, antéro-externe, un groupement interne situé près du bord interne et en arrière du groupement antéro-interne, un autre externe situé près du bord externe et en arrière de celui antéro-externe, et enfin un groupement central.

Dans le 2me segment, on distingue de même que dans le 1er, un bord interne de la corne antérieure, un externe et un autre antérieur qui présentent, en général, une direction oblique.

Dans les coupes du 2me segment, on voit habituellement deux groupements cellulaires antéro-interne et antéro-externe. Dans certaines coupes pourtant, notamment dans celles de la partie inférieure du segment, on retrouve encore les groupements interne, central et externe. Le groupement antéro-externe représente, à ce niveau, le noyau du nerf spinal.

Dans le 3me segment on trouve, à la partie supérieure, un bord antéro-externe, un autre interne, un bord externe et un autre postérieur. A la partie inférieure du segment, le contour de la corne change beaucoup, de sorte qu'on peut trouver un bord

interne, un autre antérieur, un bord antéro-externe et un autre postéro-externe.

A la partie supérieure de ce segment nous retrouvons les groupements, antéro-externe et antéro-interne. Entre les deux, apparaît un autre groupement qu'on pourrait appeler antérieur et qui occupe en même temps une position un peu centrale. En arrière du groupement antéro-externe on trouve un nombre variable de groupes. Dans la plupart des coupes on peut distinguer au moins un groupement intermédiaire et un groupement postérieur.

On voit un groupement intermédiaire, un groupement postéro-interne et un autre postéro-externe qui, à son tour, se laisse dédoubler en deux groupements secondaires qui sont peut-être indépendants l'un de l'autre. Il est plus ou moins central suivant les coupes qu'on regarde. Dans certaines coupes on ne le trouve pas du tout. En revanche, on trouve un autre groupement près du bord interne de la corne en arrière du groupement antéro-interne. Ce groupement n'est probablement que le groupement antérieur qui a changé de place.

Dans le 4me segment nous distinguons un bord interne, un autre antérieur, formant avec le précédent un angle antéro-interne très proéminent, un bord externe qui, en même temps, regarde un peu en avant, et enfin un bord postérieur. Les groupements cellulaires sont : antéro-interne et antéro-externe, qui occupent les angles qui portent le même nom, un groupe intermédiaire situé en arrière de celui antéro-externe et plusieurs (2-5) petits groupements postérieurs, disposés le long du bord postérieur de la corne. (Dans beaucoup de sections, le bord postérieur est presque horizontal.) Quelquefois, nous trouvons à la partie postérieure de la corne deux à trois petits groupements immédiatement en avant de ce bord et un à deux groupements en avant des premiers. Il est probable que quelques auteurs considèreront tous ces petits groupements comme appartenant à un seul groupe postérieur, mais pourtant leur séparation nous semble réelle.

Dans quelques coupes, nous avons vu le groupement antéro-interne divisé en deux groupements secondaires, l'un en arrière de l'autre, disposition déjà décrite à divers niveaux par quelques auteurs. Par ci, par là, nous avons trouvé 1-2 cellules

dans la position que le groupement central occupera plus bas.

Enfin, dans quelques coupes, nous avons trouvé un petit groupe antérieur.

Dans le 5me segment, le contour de la corne change un peu. Le bord antérieur est toujours un peu concave mais l'angle antéro-externe est plus arrondi et le bord externe est plutôt convexe. Dans quelques sections, ce bord paraît formé de deux lignes de sorte que nous pouvons distinguer un bord antéro-externe et un autre postéro-externe.

Cette dernière disposition rappelle beaucoup la forme de la corne du 6me segment de la moelle du chien. Les groupements cellulaires sont les mêmes, mais ici, à côté du groupement intermédiaire, apparaît le groupe central et les groupements de la partie postérieure de la corne sont moins nombreux : trois et le plus souvent deux. Ces deux groupes sont, en général, plus volumineux que ceux de la partie postérieure du segment précédent. Nous pouvons les appeler postéro-interne et postéro-externe. Un peu en avant et entre les deux, on voit, dans quelques sections, quelques cellules qui appartiennent peut-être à un autre groupement plus petit. Le groupement antéro-interne se présente encore constitué dans quelques coupes par deux amas cellulaires comme dans le segment précédent. Le groupement antéro-externe, par la position qu'il occupe ici, mérite peut-être mieux le nom de groupement antérieur.

Dans le 6me segment, nous retrouvons un bord antérieur, un autre interne et un bord externe. Mais ici le bord antérieur est presque rectiligne.

Le bord postérieur manque — ou à peu près — dans la partie supérieure de ce segment où le bord externe se continue insensiblement avec le bord respectif de la corne postérieure. Plus bas, le bord externe se dédouble en un bord postéro-externe presque rectiligne et un autre antéro-externe un peu concave en dehors. Nous pouvons distinguer un groupement antéro-interne, un autre antéro-externe, un groupement antérieur situé entre les deux, un groupement intermédiaire, un autre central et 1-3 postérieurs. Enfin, dans le 7me segment cervical, nous retrouvons le bord interne, antéro-externe et postéro-externe. Nous retrouvons le groupe antéro-interne, antéro-externe, central et postérieur. Plus bas, dans le 8me seg-

ment, à la partie postérieure du groupement de même nom, apparaissent d'autres groupements de sorte qu'il devient par ce fait même intermédiaire. Plus bas, on voit trois groupements postérieurs dont un postéro-externe et deux autres postéro-internes, un en avant et un autre en arrière. Un peu plus bas apparaît un autre groupement, situé sur un plan encore plus postérieur que les autres. Vers la partie inférieure de ce segment, les groupements antéro-externe et intermédiaire disparaissent et le contour de la corne antérieure change beaucoup par ce fait. On ne trouve plus qu'un bord interne, un autre antéro-externe et un autre postéro-externe qui se continuent par un angle arrondi. C'est cette dernière disposition qui caractérise le 1er segment dorsal. On trouve, à ce niveau, le groupement antéro-interne et 4-5 groupes dans l'angle arrondi que font les bords antéro-externe et postéro-externe.

Vers la partie inférieure du premier segment dorsal, on voit apparaître dans l'angle latéral et près du bord postérieur, un groupement de petites cellules (le groupement intermédio-latéral) qui persiste seul plus bas dans le 2me segment dorsal où les groupements latéraux ne sont plus représentés. »

**66.** — 1. Parhon et Goldstein sont d'accord avec Collins pour mettre le début des groupements donnant l'origine réelle du plexus brachial dans la partie supérieure du 4me segment cervical.

2. Le groupement antéro-interne est en rapport avec les muscles de la colonne vertébrale.

3. D'accord avec Drumond, ils placent le noyau du phrénique dans les 3me et 4me segments. « Ce nerf doit tirer son origine du groupement antérieur du 3me segment, qui rappelle le groupement trouvé, un peu plus bas, chez les animaux dans les expériences de Sano, Kohnstam, Marinesco, et qui correspond assez bien avec la place que lui attribue Sano dans son schéma. Le groupement que nous avons trouvé près du bord interne et en arrière du groupement antéro-interne, dans quelques coupes du 3me segment et qui nous a semblé être la continuation du groupement antérieur, participe peut-être aussi à l'innervation du diaphragme. »

4. Le groupement antéro-externe représente au niveau du

1er et du 2me segment cervical, l'origine réelle du nerf spinal. Il ne descend pas au delà du 3me segment.

5. Le noyau intermédiaire doit représenter dans le 4me segment le centre des muscles sus et sous-épineux.

6. Dans le 5me segment, le groupement central est le noyau du muscle grand pectoral.

7. Le groupement intermédiaire (ou externe) est l'origine réelle du nerf circonflexe.

8. Les groupements de la partie postérieure de la corne doivent représenter les centres des muscles de la région antérieure du bras.

9. Le groupement antérieur ou antéro-externe représente l'origine réelle du grand dentelé. Reste le groupement antéro-interne qui représente ici comme ailleurs le centre des muscles de la colonne vertébrale.

10. Dans le 7me segment, le groupement central représente probablement le noyau du petit pectoral.

11. Le groupement antéro-interne est le noyau du grand dorsal.

12. Le groupement postérieur du 7me segment et le groupement intermédiaire du 8me segment est le noyau du triceps brachial.

13. Dans le 8me segment cervical le groupement postéro-externe innerve les muscles de la région postérieure de l'avant-bras et le court abducteur du pouce (muscle de la main).

14. Les autres groupements (postéro-internes) innervent les muscles de la région antérieure de l'avant-bras.

15. Un peu plus bas, toujours dans le 8me segment, le groupement le plus postérieur et interne innerve les muscles de la main.

16. Dans le 1er segment dorsal tous les petits groupements latéraux — sauf peut-être le plus antérieur — innervent les muscles de la main (le groupement le plus antérieur participe peut-être à l'innervation de l'avant-bras). On voit que les muscles de la main sont représentés, dans la moelle, comme d'ailleurs ceux des autres segments, par plusieurs groupements cellulaires.

17. Les fibres qui forment le plexus brachial commencent à

sortir de la moelle à la partie supérieure du 4me segment cervical et finissent à la partie inférieure du 1er segment dorsal.

A comparer les figures de Parhon qui sont très claires, mais malheureusement non proportionnées entre elles, avec celles de l'atlas de Bruce, on constate que le numérotage diffère d'une racine. Les figures des 2me, 3me, 4me segments de Parhon correspondent nettement à celles des 1er, 2me, 3me de Bruce. Toutes les localisations données par Parhon pour l'homme sont basées sur les deux cas de lésion du muscle grand pectoral et les multiples expériences sur les animaux. L'analogie des groupements nucléaires et l'anatomie des plexus ont pu servir de guides.

**67. — Moelle lombo-sacrée.** — C'est un très beau travail que celui de Van Gehuchten et De Neef, sur la moelle lombo-sacrée. Ces auteurs ont très méthodiquement analysé et décrit les noyaux tels qu'ils se présentent sur des coupes épaisses.

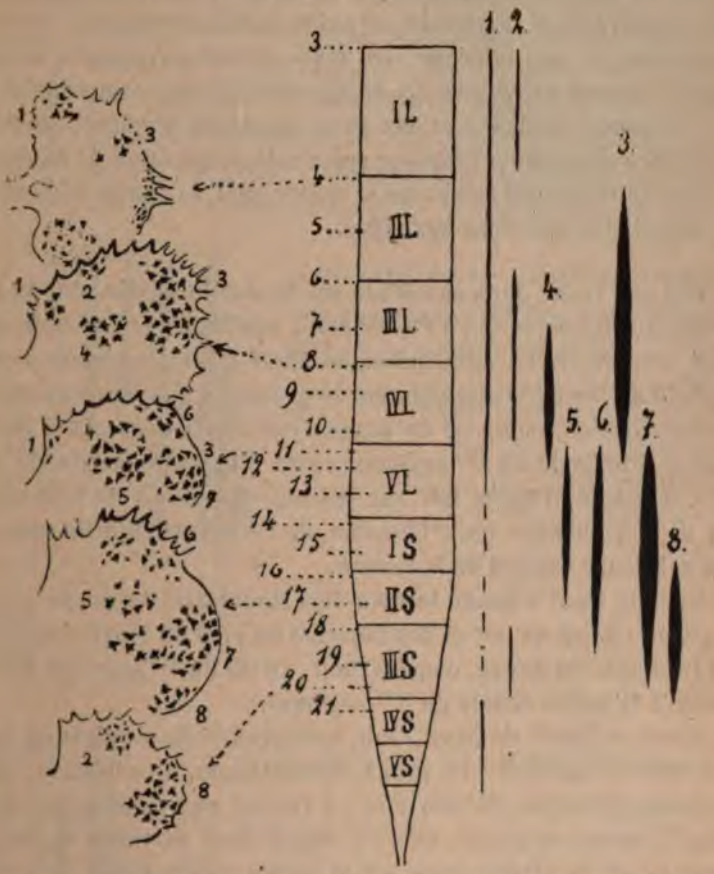
Nous savons qu'ils sont partisans de la théorie dite segmentaire ou théorie de la métamérie secondaire de Brissaud. Ils n'ont donc nullement cherché à diviser les noyaux outre mesure, ce qui eut, d'ailleurs, été difficile avec des coupes épaisses de un vingtième de millimètre.

Nous donnons ici leur schéma à côté duquel nous avons placé en réduction quelques-unes des figures représentant la disposition des noyaux sur les coupes. L'explication que nous joignons à la figure nous dispense de beaucoup de descriptions.

Le noyau intermédio-latéral n'a pas de fonctions motrices. Il est à remarquer que ce travail réserve la question de localisation des noyaux du grand sympathique.

En ce qui concerne le *noyau des muscles de la jambe*, Van Gehuchten, en collaboration avec De Buck, l'avait d'abord placé dans les segments sacrés 2, 3, 4, 5 ; après correction, dans les 1, 2, 3, 4 ; puis dans les 2, 3, 4 ; de même en collaboration avec Nelis dans les 2, 3, 4 ; plus tard, avec De Neef partie inférieure du 1, et 2, 3. Un contrôle était nécessaire, le travail sur le cône terminal apporte un correctif au travail précédent, il y est démontré par l'examen de six moelles que le noyau des muscles du pied se termine approximativement au point de réunion du 2me segment sacré avec le 3me. Malheureusement nous ne sommes pas encore fixés par là sur la limite supérieure de ce noyau,

Fig. XXXI. — **Noyaux et colonnes cellulaires de la moelle lombo-sacrée** d'après Van Gehuchten et de Neef.




Les numéros placés le long des segments de la moelle indiquent les numéros et le niveau des coupes reproduites dans le travail. Nous avons reproduit en réduction les figures 4, 8, 11, 17, 20 en les indiquant avec des flèches et en les plaçant environ au niveau des segments auxquels elles appartiennent.

Les numéros placés au-dessus des colonnes cellulaires à droite de la figure et en regard des groupes cellulaires dessinés dans les coupes à gauche de la figure concordent entre eux et se rapportent aux indications suivantes :

1. Groupe cellulaire antéro-interne (correspond au groupe antérieur et médian des auteurs, *noyau des muscles du tube neural*).

2. Groupe antéro-externe au 1er segment, devient intermédiaire aux 3me et 4me, forme le groupe X (de Onuf) au 3me sacré, petites cellules tassées. *Noyau des muscles du tube splanchnique.*

3. Groupement antéro-externe, forme avec 5 *le noyau segmentaire de tous les muscles de la cuisse.*

4. Groupement central. *Noyau du releveur de l'anus,* diaphragme pelvien.

5. Groupement central, forme avec 3 *le noyau segmentaire de tous les muscles de la cuisse.*

6. Groupement antéro-externe. *Noyau des muscles de la ceinture pelvienne.*

7. Groupement postéro-latéral. *Noyau des muscles de la jambe.*

8. Groupement post-postéro-latéral. *Noyau des muscles du pied.*

mais il est important de noter que Van Gehuchten se range à l'avis de Raymond pour indiquer la définition du cône terminal : *Le cône terminal comprend, au point de vue anatomique comme au point de vue clinique, les trois derniers segments sacrés et le segment coccygien.* La région médullaire, comprenant le 5me segment lombaire et les deux premiers segments sacrés, peut être dénommée l'*épicone* suivant la proposition de Minor.

Le cône terminal renferme le centre anal, le centre vésical et le centre des fonctions sexuelles.

**68.** — Onuf, dans son étude sur la moelle sacrée, donne un tableau synoptique qui a été discuté, amélioré par Van Gehuchten et De Neef. La description de Onuf est intéressante parce qu'elle a bien fixé l'attention sur le groupe X à fonctions encore indéterminées, composé de petites cellules tassées, situé de la partie proximale du 2me segment sacré à la partie proximale du 3me. Il agirait, d'après lui, sur les muscles striés de l'érection et de l'éjaculation chez l'homme, de l'érection clitoridienne et du sphincter vaginal de la femme.

Ensuite Onuf a donné le nom fort significatif de noyau post-postéro-latéral au noyau des muscles du pied de Van Gehuchten et De Buck. Ce noyau, d'après Onuf, existe du 1er segment sacré jusqu'à la partie distale du 3me segment.

Par la méthode de Nissl, Onuf a déterminé la localisation des noyaux médullaires du grand sympathique, localisation que Laignel-Lavastine, de son côté, a trouvé aux mêmes endroits par la même méthode et qu'il décrit dans sa thèse si documentée et si intéressante sur le plexus solaire (1903).

Dans la moelle sacrée la corne latérale, si mal désignée sous le nom de tractus intermédio-latéral et que Onuf propose de nommer colonne végétative, forme comme un coin enfoncé entre la base de la corne antérieure et celle de la corne postérieure.

Elle est divisée en trois noyaux, un antéro-externe, un postéro-externe et un central. Là se trouvent localisés les muscles lisses d'expulsion du rectum, de la vessie et de l'urèthre ou de l'utérus. Les muscles du périnée et les sphincters de l'anus et de la vessie se trouveraient, au contraire, dans le groupe postéro-médian.

**69. — Étude générale.** — Se basant sur ses nouvelles recherches, De Buck a élaboré un schéma pour les noyaux qui agissent sur les muscles du membre thoracique et sur ceux du membre abdominal. Dans ce nouveau plan, De Buck s'éloigne très notablement de ses premières recherches et s'est fortement laissé convertir par la lecture des nombreux travaux parus en ces dernières années. Qu'il me suffise d'indiquer qu'il indique la localisation par muscles ou par masses musculaires fonctionnelles et qu'il fait

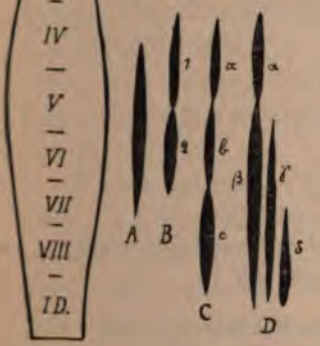



Fig. XXXII *(Fig. 6)*. — **Membre thoracique.**

A. Groupement central (pectoraux) — adduction du bras.
B. » antéro-externe.. { 1 m. grand dentelé. 2 » dorsal.
C. » intermédiaire.... { *a* n. sus-scapulaire. *b* n. axilliaire. *c* m. triceps.
D. » postéro-latéral.. { α musc. ant. bras. β flexion avant-bras. γ extension. δ main.

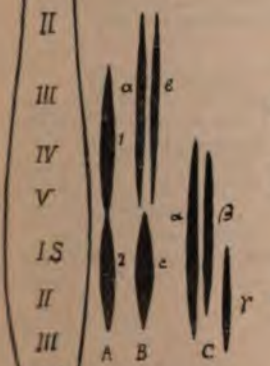


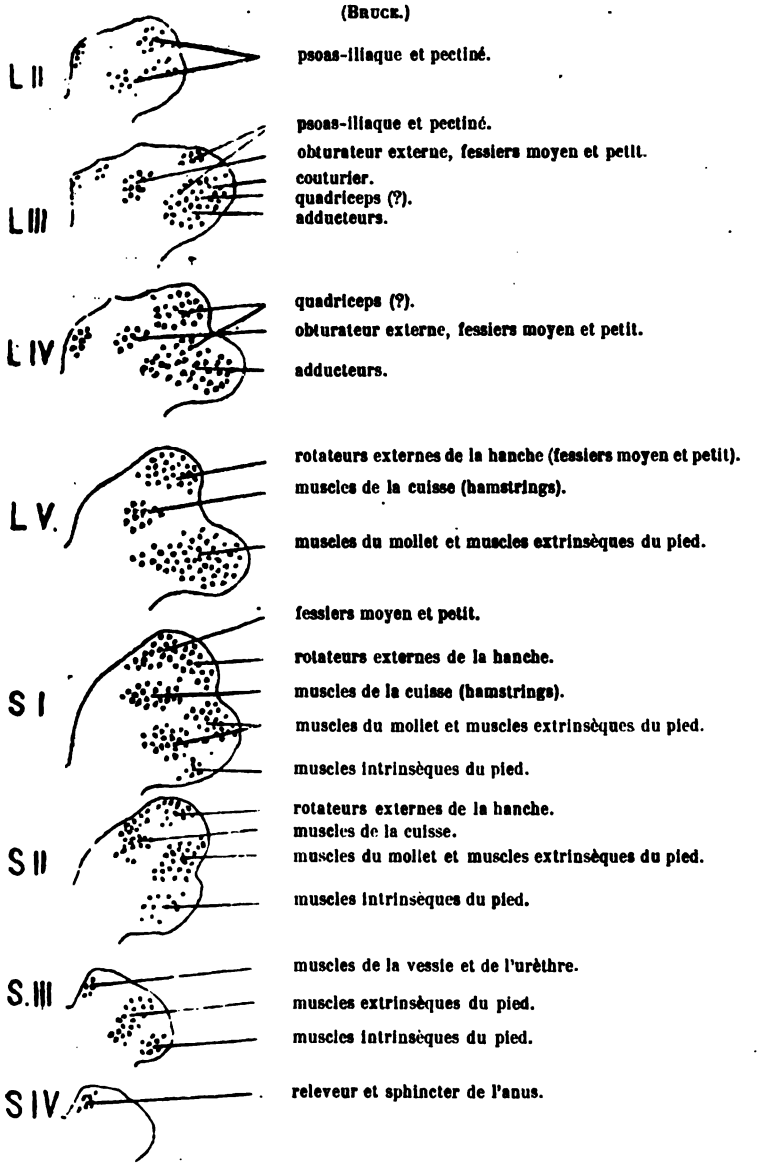

Fig. XXXIII *(Fig. 7)*. — **Membre abdominal.**

A. Groupement central. { 1 n. pet. sciatique — m. grand fessier. 2 m. fléchisseurs rég. post. cuisse.
B. » Antéro-externe et intermédiaire... { *a* cuisse extension (quadriceps). *b* cuisse (adducteurs). *c* fesse (rot. et adduction).
C. » postéro-latéral... { α postéro-latéral interne (jambe flexion). β postéro-latéral externe (jambe extension). γ post-postéro-lat. (pied flexion seule).

remonter les muscles de la jambe jusqu'à la partie supérieure du 4me segment lombaire. Son noyau post-postéro-latéral occupe maintenant les 1, 2, 3 sacrés. (Voir § 67.)

**70.** — Bruce, dans son admirable atlas, donne la reproduction exacte des noyaux aux différents segments médullaires.

**Fig. XXXIV. — Localisation des noyaux moteurs de la moelle lombo-sacrée.** (Bruce.)




Pour lui, le noyau du diaphragme débute à la partie supérieure du 4e segment cervical. Le noyau post-postéro-latéral finit à la

partie inférieure du 3e segment sacré. On peut en conclure qu'il a numéroté les racines une unité de moins que Parhon et que Van Gehuchten dans leurs toutes dernières recherches. Mais la topographie des noyaux reste néanmoins absolument comparable.

Nous avons reproduit le schéma de Bruce pour la moelle lombo-sacrée (Fig. XXVII). La figure ci-contre nous donne les fonctions des différents noyaux. Ces localisations sont basées sur l'examen anatomopathologique de moelles d'amputés. On voit que Bruce localise par muscle ou par masses musculaires à fonction déterminée.

Là où un muscle est indiqué pour deux noyaux, Bruce entend réserver son choix, il n'a pas encore d'éléments suffisants pour conclure.

« Il n'y a pas encore d'évidence directe jusqu'ici, dit-il, pour indiquer si le quadriceps se trouve en avant ou en arrière du groupe des adducteurs. » Cependant il penche pour la localisation antéro-latérale. « Dans ce cas, dit-il, le centre des adducteurs doit se trouver en arrière de lui, dans le groupe postéro-latéral » aux 3me et 4me segments lombaires. Il hésite de même entre le psoas-iliaque et le pectiné.

L'atlas de Bruce est actuellement, à ma connaissance, le meilleur guide pour l'étude des noyaux moteurs, dans toute l'étendue de la moelle[1].

1. — Je me suis permis de rapporter plus haut la théorie musculaire, parce que cette théorie a été citée, discutée et si souvent considérée comme inexacte qu'il fallait bien en faire mention.

Je n'ai pas indiqué mes propres recherches parce que je ne veux les considérer que comme un contrôle des opinions émises, contrôle qui doit me permettre d'apprécier tout le mérite des travaux des autres, de les comprendre et d'essayer de les coordonner.

Pour justifier ce droit je publierai en *Annexe* à mon rapport les recherches personnelles poursuivies depuis sept ans et celles qui sont encore actuellement en cours.

## I. — TERMINOLOGIE

**71.** — Il est maintenant indispensable de fixer quelques points de terminologie.

Nous trouvons dans la thèse si instructive de Constensoux des définitions qui sont à retenir :

*Métamère.* — Toute portion de l'être encore fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés et attributions de l'être définitivement achevé.

Ou bien encore : les métamères sont les segments homodynames et originairement identiques entre eux, dont la série représente, à une certaine période, le corps entier de l'embryon.

Dans la métamère du corps humain les principales parties qui sont segmentées ou qui conservent les traces d'une segmentation sont les suivantes :

*a)* les *neurotomes,* segments du tube neural ;

*b)* les *ganglions,* segments de la crête ganglionnaire ;

*c)* les *myotomes,* segments primordiaux, protovertèbres.

Mais à côté de ces divers éléments il faut tenir compte d'unités nouvelles qu'il ne faut pas confondre avec les précédentes. Ce sont :

*d)* les *myomères,* c'est-à-dire les groupes de muscles dépendant de la portion motrice d'un même neurotome ;

*e)* les *rhizomères,* ou territoires cutanés dépendant des ganglions ;

*f)* les *myelomères,* ou territoires cutanés dépendant des segments spinaux nommés neurotomes.

Enfin il existerait des métamères de métamères, ou *métamères secondaires,* qui sont les segments des membres, délimités par les grandes articulations.

**72.** — Pour éviter toute confusion, il serait utile de donner une dénomination mieux définie aux parties dites de métamérie secondaire qui représentent la segmentation des membres.

Dans le langage usuel, segment s'applique à tout produit de segmentation, et non-seulement au segment de membre. Les

segments de la moelle sont de date trop ancienne pour qu'une confusion ne s'établisse entre segment de moelle et segment de membre, quand on parle de distribution segmentaire. Pour citer un exemple, Grasset dans son traité de diagnostic des maladies de la moelle, parlant des « syndromes à distribution radiculaire » par opposition aux « syndromes à distribution métamérique ou segmentaire ( « segmentaire » veut dire ici symptôme se distribuant « par segment de membre ») nous apprend que : « On reconnaitra les symptômes métamériques à leur distribution segmentaire : le siège de la lésion est, dans ce cas, dans une tranche de la moelle lombo-sacrée d'autant plus élevée que le segment de membre atteint est lui-même plus haut. »

Le manque de précision dans les termes apparait clairement.

Admettons les définitions de Constensoux, mais ne parlons plus de « métamérie secondaire » car le terme métamère doit être réservé aux parties modifiées produites par la segmentation du corps des animaux à symétrie bilatérale (Cuvier).

*Segment.* — Toute partie produite par segmentation (terme général.)

*Métamère.* — Partie transformée par adaptation à des fonctions diverses, mais originairement résultée d'un segment de l'embryon.

*Épimère.* — (Partie surajoutée), bourgeon de la crête de Wolff, se surajoutant à des métamères et les entrainant au dehors en attirant également la moelle. Celle-ci, d'après la démonstration de Brissaud et Van Gehuchten, reproduit par sa structure la segmentation subséquente du bourgeon épimérique [1].

**73.** — Parhon a voulu fixer la valeur des termes : centre, noyau, groupement.

*Noyau.* — Origine réelle d'un nerf.

*Groupement.* — Amas cellulaire plus ou moins bien déterminé de cellules qui pourra représenter l'origine d'une branche nerveuse. Certains de ces groupements pourront se subdiviser en groupements secondaires.

1. — *Épimère* est également employé en entomologie, mais avec une signification différente.

*Centre.* — Ensemble des cellules innervant un muscle.

Il nous paraît impossible d'admettre cette classification. Car *noyau* supposant une condensation plus grande que *centre,* qui n'est qu'une image pour désigner le territoire approximatif d'où rayonne l'innervation, on pourrait supposer que l'origine réelle des nerfs est mieux définie que l'organe central d'une innervation musculaire. Or, c'est précisément le contraire, d'après Parhon lui-même.

Comme le fait très justement observer Dejerine, le nerf se compose de fibres sensibles, de fibres motrices myélinisées et de fibres sympathiques afférentes et efférentes. Le nerf varie fort souvent dans sa composition et dans son origine. C'est l'ensemble, presque occasionnel, d'un certain nombre de fibres qui prennent une direction commune sans avoir nécessairement pour cela une destination identique. Et combien de nerfs craniens n'ont pas des noyaux divers qui coopèrent à leur formation. Et le noyau ambigu constitue-t-il l'origine d'un seul nerf?

Nous proposerons donc les définitions suivantes :

*Centre d'innervation.* — Expression de physiologie indiquant approximativement le point de départ de l'influx nerveux.

*Groupe cellulaire.* — Ensemble de cellules particulièrement visible dans l'examen des coupes de la moelle, groupe antéro-externe, etc.

*Noyau.* — Groupement compact de cellules envisagé dans toute sa hauteur et sa largeur. Le noyau peut constituer l'origine motrice principale d'un nerf. Le noyau peut avoir pour fonction l'innervation motrice d'un muscle ou d'une masse musculaire. Il peut se subdiviser en *noyaux secondaires.*

*Colonne.* — Union de plusieurs noyaux superposés, formant un ensemble à situation particulièrement constante : par exemple, la colonne médiane, la colonne antéro-externe.

*Zone.* — Territoire d'innervation, comprenant des noyaux multiples et qui peut s'étendre sur plusieurs colonnes à une hauteur déterminée ; par exemple : zone de la jambe, zone du bras.

## J. — CONCLUSIONS

**74.** — *a)* La localisation des fonctions motrices de la moelle épinière de l'homme répond à la différenciation morphologique et fonctionnelle du système musculaire.

A chaque muscle strié correspond un noyau médullaire. A chaque groupement de muscles, un groupement de noyaux. A chaque segment de membre, une zone régulièrement disposée. Au membre tout entier correspond l'ensemble des trois zones du bras, de l'avant et de la main, ou de la cuisse, de la jambe et du pied.

Tout comme les muscles striés, les muscles lisses ont leurs centres d'innervation localisés dans des noyaux à situation constante.

*b)* Nos connaissances, par rapport aux territoires nettement délimités, sont suffisantes pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble.

L'atlas de Bruce nous donne la description exacte des noyaux moteurs médullaires.

Les documents d'anatomo-pathologie humaine ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir désigner *avec certitude* la fonction de chacun de ces noyaux.

*c)* Pour la moelle de l'homme il serait prématuré de dire plus que ce que nous avançons sous *a)*, mais pour le chien il apparaît clairement que les idées générales émises par Parhon, Brissaud et Marinesco sur la signification fonctionnelle, l'embryogénie et la téléologie des centres moteurs sont rigoureusement exactes.

# ANNEXE

# ANNEXE

## Recherches personnelles de contrôle concernant les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière

**Par le Dr F. SANO**

J'ai déjà dit que je considérais mes propres recherches comme des exercices de contrôle qui doivent me permettre d'apprécier tout le mérite des observations des autres, de les comprendre et de pouvoir en donner une relation.

Je veux donc résumer ce que j'ai pu constater personnellement. Comme rapporteur, je ne puis dépasser la stricte logique des faits nettement démontrés par des observations dignes de foi. Personnellement, je puis me permettre de suivre plus librement mes impressions pour donner des appréciations qui ne peuvent avoir qu'un caractère provisoire, sans doute, mais dont l'utilité peut être grande au point de vue de la direction des recherches futures.

FIG. I.

*4e cas :* **Cellule colorée à l'hématoxyline-éosine. Sept mois après amputation. 2e sacrée, noyau post-postéro-latéral (pied)** (HOMME, 1897)

Après la section ou la résection d'un nerf périphérique, les cellules dont le cylindre axe a été lésé, entrent en réaction à distance. Cette réaction est d'autant plus intense que le neurone a été plus entamé dans son individualité. Lorsque la réparation ne se fait pas, la cellule peut rester pendant des mois dans le même état. Chaque fois que j'ai recherché la chromolyse chez

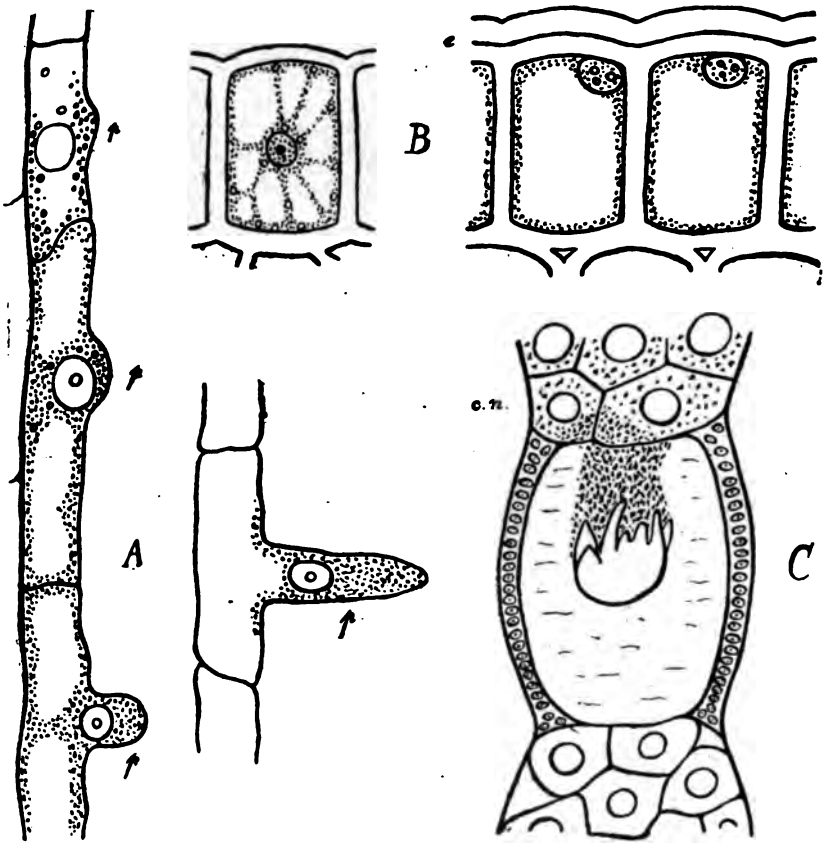



**Fig. II.**
**Migrations fonctionnelles du noyau cellulaire.**

*A*, Croissance du poil radical du pois, à quatre stades successifs; *p*, poil. Le noyau se place à la base du bourgeon, puis dans son intérieur. Les points noirs sont des granulations protoplasmiques; les espaces blancs des vacuoles à suc cellulaire. (Haberlandt.)

*B*, Cellule épidermique au repos, figure à gauche; le noyau occupe le centre de la cellule. A droite de la figure, deux cellules en activité: *e*, épaississement cuticulaire; le noyau émigre vers la surface sécrétante. (Haberlandt.)

*C*, Tube ovarique du Dytique *c n*, cellules nourricières. Le noyau de l'ovule pousse des ramifications dans la direction du courant nourricier. (Korschelt.)

l'homme, je l'ai retrouvée là où on pouvait s'attendre à la trouver. Il n'en a pas été toujours de même chez l'animal.

La persistance du déplacement du noyau longtemps après le traumatisme, prouve que ce déplacement répond aux fonctions physiologiques du noyau. Il existe à cet égard des analogies en biologie générale. Souvent le noyau se déplace normalement.

Fig. III.

**Cellules motrices de la moelle de l'homme en réaction.**

*a, b, c,* six jours ; *d, e,* dix-huit jours ; *f,* soixante-cinq jours ; *g,* cinq mois après amputation du membre inférieur (homme).

*a, b, c,* Cellules reproduites dans leur situation respective ; elles appartiennent à un petit noyau élémentaire de la partie inférieure du noyau du triceps suræ, six jours après amputation de la cuisse.

Les granulations jaunâtres sont schématisées par de petits cercles. Le noyau se place au côté opposé et peut même s'engager dans un dendrite. Je ne l'ai *jamais* trouvé expulsé.

Le noyau émigre toujours dans la partie cellulaire où les blocs de chromatine persistent le plus longtemps.

La chromolyse débute particulièrement au centre et près de l'émergence de l'axone. Ce fait, j'ai pu le contrôler dans la réaction des cellules pyramidales de l'écorce de l'homme, après lésion récente et traumatique du faisceau pyramidal dans la moelle.

Les cellules sont souvent gorgées d'une substance jaunâtre, le soit-disant pigment, qui paraît être une substance de dégénérescence cellulaire (Pilcz). Cette substance s'accumule surtout près du cône de l'axone.

Je n'ai pas étudié la phase de restauration.

Les cellules en chromolyse, après fixation dans l'acide osmique, et dissociation dans le carmin, peuvent être écrasées ; on peut alors voir « éclater la cellule » et le noyau sortir. Le contenu en chromolyse paraît assez dense (chat, après section du sciatique).

---

## A. — Expériences de localisation chez la grenouille, le pigeon, la poule, le lapin, le chat, le cobaye, le chien.

*Grenouille.* — A la suite des intéressantes études de Brissaud et Bauer j'ai fait chez la grenouille adulte une série de recherches dont toutes ne sont pas encore terminées.

J'ai pris des grenouilles adultes, opérées le lendemain de leur capture en pleins champs ; après l'opération elles ont été conservées au laboratoire, sans nourriture, au mois de septembre.

Fig. IV.

Moelle de grenouille adulte. Coupe de la moelle cervicale normale. Il y a là certainement quatre groupements de cellules. La corne antérieure gauche reproduite se trouve esquissée dans le haut de la figure avec ses rapports topographiques.

*M*, partie médiane.

J'ai fait l'amputation du pied, de la jambe, de la cuisse ; l'extirpation du grand pectoral, des muscles de l'avant-bras ; la section du nerf sciatique.

Fig. V.

**Moelle de grenouille adulte. Coupe de la moelle sacrée normale. Groupements cellulaires différenciés. (Corne antérieure du côté droit, fig. 5.)**
**M. partie médiane**

Les animaux ont été tués par le chloroforme 15 à 18 jours après l'opération. Les centres nerveux ont été mis à nu dans toute leur étendue, puis la colonne vertébrale et la base du crâne ont été séparées aux ciseaux du reste du corps, manipulation dans l'alcool à 94°. — Les centres encore attachés aux corps de vertèbres ont été laissés dans l'alcool à 94° jusqu'à durcissement. Puis, sous l'alcool, la moelle a été facilement enlevée aux ciseaux fins et progressivement incluse à la parafine. — Méthode de Nissl d'après le procédé de Van Gehuchten, sauf que je continue à employer l'alcool avec l'huile d'aniline comme décolorant. Coupes sériées.

Dans toutes les pièces examinées, la chromolyse est nette et facile à reconnaître. *La grenouille est certainement un animal de choix pour l'étude des localisations.*

Les faits décrits par Brissaud et Bauer se sont vérifiés.

A chaque segment de membre correspond *une zone médullaire*. J'insiste sur le mot zone, parce que la question d'une localisation plus différenciée reste réservée.

En effet, comparées aux figures de Brissaud, les coupes de la

moelle des grenouilles adultes offrent une division mieux accentuée des noyaux. En outre, ces noyaux sont relativement assez nombreux et assez différenciés.

*Pigeon.* —Incision sur le bord supérieur du muscle. Détacher l'insertion humérale et claviculaire, partiellement. Au milieu de la cavité on voit en avant le nerf du muscle grand pectoral, en arrière de lui une artère qu'il faut savoir respecter, sous peine de perdre l'oiseau. Le nerf est pris entre les mords d'une pince et rupturé ou dilacéré. La chromolyse, après quinze à dix-huit

Fig. VI.

**Coupe partielle longitudinale (frontale) du Nucleus diaphragmæ du lapin.**

*C*, la coupe examinée, grandeur naturelle, avec la surface reproduite barrée ; épaisseur 30 microns. *V, r, c*, cinquième racine cervicale.

*e*, épaisseur relative de la coupe par rapport à l'agrandissement (40 diamètres) de la figure *F M A*, fissura mediana anterior ; *F A*, fasciculus anterior ; *F L*, fasciculus lateralis.

A droite, les noyaux médians ; à gauche, les noyaux latéraux ; au milieu, les cellules modifiées par réaction chromolytique, leur contour est seul indiqué, elles constituent, par leur ensemble, une partie du noyau d'innervation du diaphragme.

(Coloration par la méthode de Nissl. Dessins à la chambre claire de Nachet. Obj. 3, oculi. 1. Nachet.)

(Cette figure appartient au *Journal médical de Bruxelles*, 20 octobre 1898.)

jours n'est pas toujours très facile à déceler. Quelquefois elle se produit avec assez de netteté pour constater que le grand pectoral reçoit son innervation du grand noyau central, très développé chez l'oiseau. (Comparer avec les carnassiers.)

*Poule.* — La même expérience n'a donné que des résultats négatifs ou presque tels chez la poule.

*Lapin, Cobaye, Chien, Chat.* — La section ou la résection du nerf sciatique au point de son émergence, en arrière du grand trochanter a toujours donné des résultats positifs chez ces animaux. Localisation dans les noyaux postérieurs et centraux.

*Lapin.* — Résection du nerf phrénique à la région sus-claviculaire. De préférence à gauche. Chromolyse dans un noyau de cellules situé dans la partie antéro-centrale de la corne antérieure. Ce noyau, bien délimité à la partie supérieure, est plus difficile à poursuivre dans sa partie terminale, quand il se rapproche des groupes médians (Voir le noyau du diaphragme de l'homme.)

*Chat.* — *a)* Résection du nerf phrénique dans la cavité pleurale du côté droit. Le nerf est difficile à saisir par suite des battements du cœur. L'opération doit être conduite rapidement parce que le pneumothorax enlève l'animal, à moins qu'on ne dispose de la respiration artificielle.

Chromolyse dans un noyau de cellules à situation analogue à celui du lapin.

*b)* Extirpation du muscle grand pectoral et recherche des cellules centrales en chromolyse. Anatomie comparée avec celle du pigeon.

*c)* Résection du sciatique, déjà rapportée plus haut. Chromolyse dans les cellules des groupes postéro-latéraux et centraux.

*Chien.* — *a)* Résection du phrénique dans la région sus-claviculaire, noyau de cellules analogue, comme situation, à celui du lapin et du chat.

*b)* Dissection du plexus lombaire et du plexus sacré pour contrôler la figure de De Neef, contestée par Parhon. La dissection de De Neef m'a paru exacte, mais le numérotage des racines est certainement défectueux. En ce sens, Parhon a eu raison de relever la contradiction qui existe entre le texte et la figure.

*c)* Résection du nerf sciatique. Chromolyse très accentuée

dans les noyaux latéraux, centraux et postérieurs de la corne antérieure. Pas de réaction dans les noyaux médians.

*d)* Résection du nerf phrénique à la région sus-claviculaire. Réaction dans le noyau analogue à celui du phrénique chez le chat et le lapin.

*e)* amputation tibio-tarsienne (pied).

*f)* amputation fémoro-tibiale (patte).

Ces deux dernières expériences confirment les données de Parhon.

*g)* Résection des faisceaux les plus antéro-supérieurs du diaphragme.

(Résultat non encore étudié.)

Plusieurs de ces expériences ont été faites plusieurs fois. Quelquefois la chromolyse a été si peu intense qu'il n'a pas été possible de conclure. Qu'on ne se méprenne pas sur le but de ces recherches. Je ne les ai entreprises que pour contrôler les faits observés chez l'homme ou pour chercher la signification probable de certains noyaux de la moelle humaine. Je n'ai donc pas étudié la moelle des animaux pour la décrire en tous ses détails, mais pour résoudre quelques questions que je m'étais posées en examinant la topographie de la moelle humaine.

Les expériences récentes de contrôle ont été faites avec grand soin et particulièrement pour la grenouille il sera possible de donner des descriptions détaillées.

---

## B. — Études de la Moelle humaine normale.

Les plexus nerveux présentent de grandes variations, mais les points d'origine et d'arrivée à la périphérie sont relativement très constants.

Il est nécessaire d'apporter le plus grand soin au numérotage des racines. Pour cela il est bon de mettre des ligatures sur quelques racines avant d'enlever la moelle et de contrôler ultérieurement. La 4me cervicale, la 1re dorsale, la 5me lombaire sont les plus faciles à contrôler.

Il est indispensable d'ouvrir immédiatement la dure-mère, de l'enlever après avoir dessiné ou repéré les racines et numéroté les ganglions spinaux, quand on a pu les enlever.

Les racines motrices et les racines sensitives forment déjà des plexus (plexus radiculaire intra-dural). Il est bon de les contrôler. Quatre fois sur cinq il y a une anastomose allant de la 1re racine motrice sacrée à la 5me lombaire.

Les segments doivent être délimités, pour employer une disposition uniforme au milieu de l'espace qui sépare l'insertion des deux racines *motrices*. Il existe souvent des différences de hauteur entre les limites motrices et les limites sensitives. Le

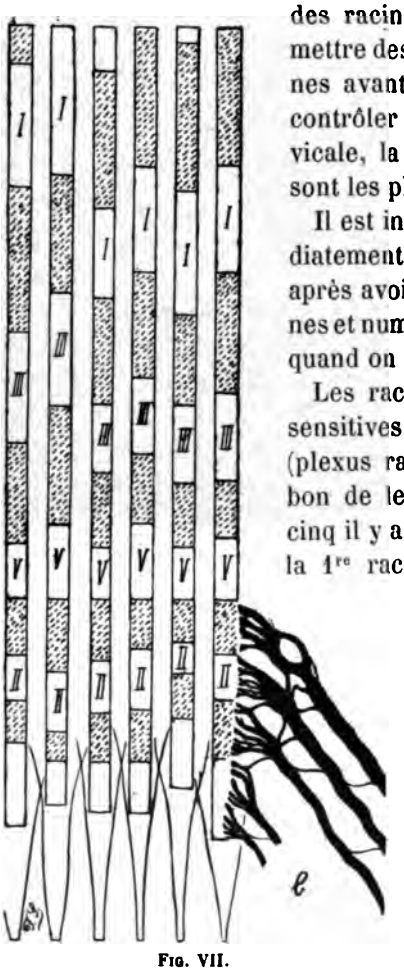



Fig. VII.

Schémas de l'étendue des racines de six moelles lombo-sacrées, provenant toutes d'hommes adultes. Partie supérieure du 1er segment sacré au même niveau. Les deux premières moelles, après durcissement dans le liquide de Müller, les autres après séjour de quelques heures dans une solution saturée de sublimé.

*b*. Le plexus radiculaire sacré moteur gauche de la sixième moelle.

mieux en tout cas est de dessiner la hauteur des segments. Pour comparer deux moelles, il est désirable de mettre à la même hauteur le bord supérieur du 1er segment sacré.

Fig. VIII.

Les racines du côté droit, séparées de la moelle. A droite, les racines motrices, à gauche les sensitives. *a*, Plexus radiculaire entre les 4e et 5e racines motrices cervicales. *b*, Simple anastomose entre les 5e et 6e racines sensitives. Sur le milieu, les racines s'unissent pour traverser la dure mère.

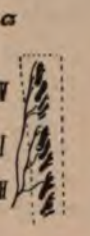



Fig. IX.

*a*. Une anastomose de la 1re racine motrice sacrée avec la 5e lombaire. Les origines sont exceptionnellement indépendantes. Moitié droite des segments d'origine. Les racines, hormis l'anastomose, ont été coupées très près de la moelle. (Contrôlé au microscope que le rameau est nerveux.)

Dans les coupes sériées, on retrouve comme point de repère des segments : à la moelle cervicale, le noyau du nerf phrénique dont la partie supérieure est tassée et facile à reconnaître, à la partie inférieure du 3me ou certainement à la partie supérieure du 4me segment cervical. A la moelle lombaire, la partie supérieure du 5me segment lombaire présente une corne antérieure arrondie, à la partie inférieure du segment le rebord antérieur de la corne présente un triangle surajouté, occupé par un noyau volumineux. Le 1er segment sacré au contraire présente à sa partie inférieure une corne plus réduite que celle de la partie supérieure. Le noyau X de Onuf est caractéristique du 3me segment sacré. Les noyaux du pied finissent à la partie supérieure du 4me segment sacré.

J'ai contrôlé les cas où j'ai dit que la zone du pied s'étend jusqu'à la partie inférieure du 4me segment. Dans ces cas je n'avais pas fait de démarcation entre le 4me et le 5me sacrés, de sorte que cette limite n'a été qu'approximative et sans doute trop élevée.

Les coupes longitudinales sont du plus haut intérêt. Il n'y a pas de segmentation profonde correspondante aux neurotomes, mais il y a de nombreux segments de neurotomes. Ce sont autant d'étages dont les petits groupements peuvent s'imbriquer.

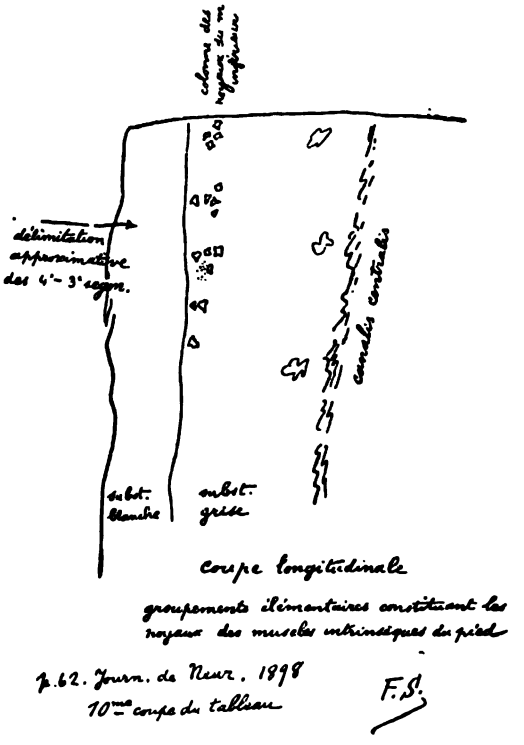



Fig. X.

La coupe longitudinale reproduite dans la figure X, est la dixième du tableau suivant qui donne la numération des cellules

| Métamères | Coupes sériées d'avant en arrière | Totaux |
|---|---|---|
| 5me étage, moitié. | 0 3 3 6 5 4 2 1 2 4 5 6 2 5 4 2 2 2 5 3 3 3 0 | 23 29 20 |
| 4me étage. | 0 0 1 3 2 7 4 7 5 5 3 2 3 5 6 5 2 2 0 0 0 0 0 | 4 33 25 |
| 3me étage. | 0 0 1 1 2 5 8 4 3 4 4 4 6 2 1 0 0 0 0 0 0 0 0 | 1 23 21 |
| 2me étage. | 0 0 0 0 0 2 1 2 0 2 2 1 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 5 7 |
| 1er étage, caudal. | 0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 2 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 1 4 |

*Nombre des cellules ganglionnaires.*

dans les coupes longitudinales, frontales, transversales, au niveau de transition du 3me au 4me segment. Les chiffres mis au-dessus du même trait appartiennent au même groupe. Les étages

1, 2 et 3 sont dans le 4me segment sacré, les 4 et 5 sont à la partie inférieure du 3me segment.

Un peu plus haut nous trouvons les groupes plus compacts et nous voyons sur une coupe transversale les noyaux constitués de nombreuses cellules. Il devient dès lors plus difficile de distinguer les groupements primitifs qui se sont tassés, imbriqués, au point de ne plus pouvoir être mis en évidence que par l'anatomie pathologique basée sur les réactions à distance.

Ce tassement des noyaux se constate d'une manière très évidente en certains endroits et il est probable que les lois énoncées

Fig. XI.

**Coupe transversale au milieu du 3me segment sacré.**

1, ischio-coccygien.

2, releveur de l'anus (diaphragme pelvien).

3, noyau X de Onuf.

6, muscles postérieurs de la jambe, partie inférieure de la zone de la jambe.

7, 7, zone du pied.

8, noyau du grand sympathique vasomoteur.

Noyaux para-épendymaires non figurés.

par Cajal et contrôlées par Marinesco pour les noyaux moteurs, trouvent ici leur application. D'ailleurs nous savons que les racines qui se réunissent en plexus ont une tendance à se concentrer vers leurs points d'union, et en sens contraire à s'épanouir vers la moelle. De sorte que les faisceaux constituant des racines sont dirigés de haut en bas et de dedans en dehors aux 4me et 5me racines cervicales, transversalement à la 6me et à la 7me, de bas en haut et de dedans en dehors à la 8me et à la 1re dorsale.

Une disposition analogue se produit à la moelle lombo-sacrée et sur la figure VII on peut voir les fascicules anastomotiques

d'une racine inférieure, à l'intérieur de la dure-mère, se diriger vers la racine qui lui est sus-jacente.

Il semble qu'un même travail de condensation existe pour les noyaux de la moelle. A ce point de vue il est curieux de constater que la partie supérieure du noyau du diaphragme, chez l'homme, est fortement condensée, ses cellules sont tassées, le noyau est facile à reconnaître ; au contraire, à mesure que l'on descend, dans le 5me segment surtout, il devient difficile de déterminer par la simple étude des coupes quel est le territoire du noyau du diaphragme.

**Noyau du diaphragme.** — Ceci nous amène à parler du noyau du diaphragme.

Les anatomistes sont d'opinion assez différente sur l'origine du nerf phrénique qui contient toutes les fibres innervant le diaphragme.

Nous avons vu que Féré lui donne comme origine les 3me, 4me et 5me segments.

D'après Forgue et Lannegrace, la partie antérieure du diaphragme est innervée par les 3me et 4me segments, la partie postérieure par le 5me et 6me.

D'après Ferrier et Yeo le diaphragme reçoit son innervation chez le singe, des 3me et 4me segments seulement.

Luschka a trouvé l'innervation suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Segment cervical : | 4..... | 12 fois. |
| — | 3. 4. 5..... | 7 fois. |
| — | 3. 4..... | 6 fois. |
| — | 4. 5..... | 5 fois. |

La description de Sappey qui donne comme origine principale la 4me, comme accessoire la 5me et comme variable les 3me et 6me cervicales m'a toujours paru la meilleure.

D'après Bolk, l'innervation provient uniquement des 3me et 4me segments cervicaux.

D'après Risien Russell, chez le singe, l'innervation viendrait des 4me, 5me et 6me segments cervicaux. La partie du muscle située près de la ligne médiane est principalement innervée par le 4me. Au contraire, les parties les plus périphériques sont innervées par le 6me. Et la portion intermédiaire répond tout spécialement à l'excitation de la 5me racine.

J'ai voulu contrôler cette innervation. La figure XII nous donne le détail de six dissections montrant quelques variations dans l'origine du nerf phrénique et dans sa constitution.

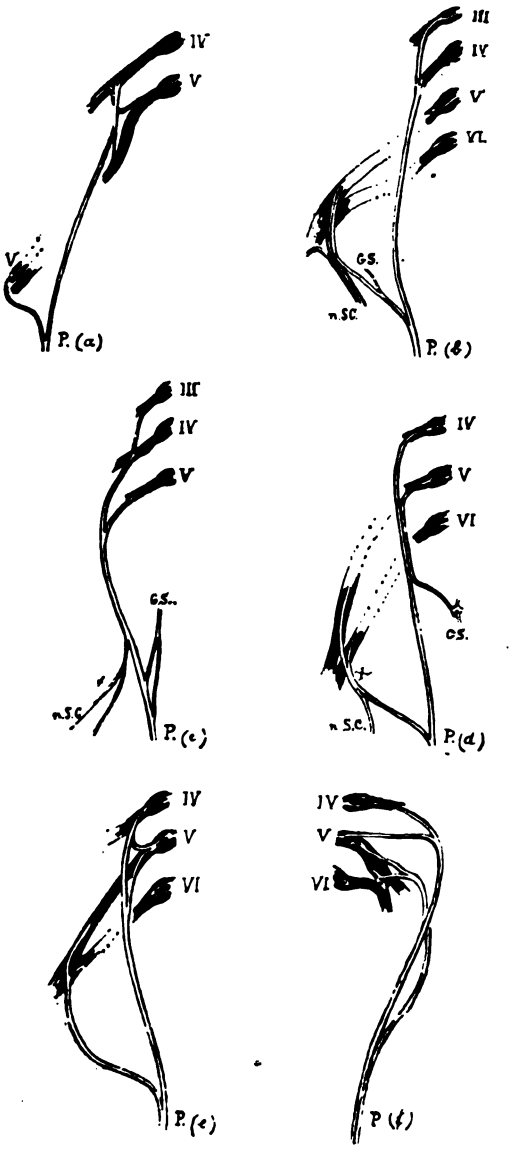



Fig. XII.

**Variations de l'origine du nerf phrénique.**

D'après ces dissections le rameau de la 3me racine est rare. L'origine de la 4me est constante. L'origine de la 5me existe toujours; quand elle n'existe pas directement, elle existe indirectement par le nerf sous-clavier. Mais quelquefois le sous-clavier prend lui-même origine au phrénique. Les rameaux du sous-clavier viennent toujours de la 5me racine, d'habitude aussi de la 6me, je n'ai cependant pas recherché méthodiquement toutes les branches du sous-clavier; elles peuvent être nombreuses. Souvent le phrénique reçoit une branche de la 5me racine, située fort bas, sans connexion aucune avec le nerf sous-clavier.

Le nerf phrénique reçoit des anastomoses du système grand sympathique. Mais quelquefois c'est le grand sympathique qui reçoit un rameau du nerf phrénique. Dans un cas il était possible de poursuivre ce rameau jusque dans la 5me racine cervicale.

Une disposition très curieuse se trouve réalisée en *f*. Les rameaux d'origine du nerf restaient séparés jusqu'à mi-chemin du péricarde. Dans ce cas, le nerf était nettement constitué par un rameau originaire des 4me et partie supérieure de la 5me racine, et d'un autre rameau formé par la partie inférieure de la 5me et par la partie supérieure de la 6me racine. D'habitude le nerf se trouve constitué derrière la première côte.

Le nerf phrénique est un agrégat de fibres que nous pouvons diviser ainsi :

1° Innervation motrice et sensitive du diaphragme ;

2° Innervation sensitive du péricarde ;

3° Innervation sympathique, allant au plexus solaire, à la capsule surrénale ou aux ganglions cervicaux du grand sympathique ;

4° Innervation accessoire du sous-clavier.

La 1re partie, la plus importante, vient en majeure partie et directement du 4me segment, quelquefois aussi de la partie inférieure du 3me ; en outre, toujours du 5me segment, mais par voie directe ou détournée ; dans ce dernier cas, les fibres sont souvent en connexion avec le nerf du muscle sous-clavier.

Le 6me segment participe probablement aussi à cette innervation, mais cette participation n'est pas constante. (1°)

Nous ignorons de quel segment vient l'innervation sensitive du péricarde. (2°)

Les rapports avec le grand sympathique sont très variables. (3°)

L'innervation du sous-clavier provient du 5me, peut-être aussi du 6me segment. (4°)

Si nous prenons maintenant des coupes de la moelle cervicale, nous remarquons que chez l'homme un noyau analogue à celui qui entre en chromolyse chez les animaux après résection du nerf phrénique, se montre dès la partie inférieure du 3me, ou à la partie tout-à-fait supérieure du 4me segment cervical. Ce que nous savons des noyaux moteurs musculaires nous tend à faire croire — nous attendrons des preuves de certitude pour affirmer — que *ce noyau n'innerve que le muscle diaphragme.* Les fibres sympathiques se trouvent probablement dans les colonnes de noyaux à cellules sympathiques. Le noyau du muscle sous-clavier pourrait bien se trouver à la partie supérieure du noyau des muscles pectoraux, avec lesquels il est en communauté de fonction et de situation.

« Ayant donc à choisir entre la dénomination de *noyau du diaphragme* et *noyau du nerf phrénique* (Kaiser, Kohnstamm, Marinesco), j'ai préféré la première dénomination pour conserver désormais plus d'uniformité dans la nomenclature et plus de précision dans les termes. La distribution des plexus et des nerfs, leurs variations topographiques, dépendent de circonstances souvent étrangères à leur fonction. Ils prennent une direction favorable, un endroit protégé, s'unissent aux branches voisines pour augmenter leur résistance. Le point de départ et le point d'arrivée des faisceaux de fibres sont seuls en rapport avec leur fonction. Leur groupement en nerfs dépend des nécessités de direction et de voisinage. Mais l'*appareil nerveux central reste en corrélation anatomique et fonctionnelle avec l'organe qu'il innerve.* » (1901.)

C'est aussi ce que Dejerine fait remarquer, en disant « noyau du nerf phrénique et noyau du diaphragme ne sont pas des termes équivalents, car, outre l'anastomose que fournit habituellement le nerf phrénique au nerf du muscle sous-clavier, il donne encore une branche terminale importante à la capsule surrénale et au plexus solaire ». (1902.)

Fig. XIII.

**Corne antérieure droite de la substance grise avec les grandes cellules ganglionnaires. — Moelle cervicale d'un enfant de 32 semaines.**

III *c*, 83e coupe du 3e segment cervical ; *D*, début du *nucleus diaphragmæ*, coupe de 100 μ. d'épaisseur.

IV *c*, 38e coupe du 4e segment cervical ; les six cellules à la droite de *D* constituent le noyau en ce point ; 50 μ. d'épaisseur.

V *c*, 13e coupe du 5e segment cervical ; huit cellules à la droite de *D* ; 50 μ.

VI *c*, 55e coupe du 6e segment cervical ; cinq cellules à la droite de *D* constituent peut-être la continuation du noyau ; le petit groupe de six cellules près de *a* appartient aux groupes médians ; 50 μ.

Coupes colorées par la méthode de Nissl, dessinées à la chambre claire de Nachet, obj. 3, ocul. 1, Nachet Réduction photographique pour l'impression.

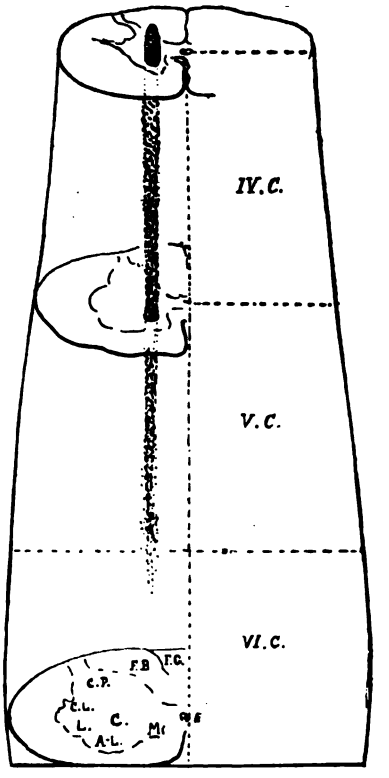



Fig. XIV.

**Le noyau du diaphragme à l'intérieur de la moelle.**

A cette occasion je dois dire que j'ai attribué par erreur, comme le fait observer Dejerine, une opinion à Kohnstamm qui est d'un avis tout différent de celui que je lui prête. Contrairement à ce que je rapportais, Kohnstamm n'a pas pu retrouver dans la moelle du lapin un noyau supérieur pour la partie antérieure du diaphragme et un noyau inférieur pour sa partie lombaire. Il prétend que les cellules correspondantes sont plus ou moins mélangées [1].

C'est donc un problème qu'il s'agira d'élucider par des recherches nouvelles. Car d'une part Marinesco prétend que les origines réelles des racines ne dépassent pas la moitié des segments adjacents au segment d'origine apparente. D'autre part, d'après Forgue, Lannegrace et Risien Russell, il y a différenciation pour la distribution des racines à la périphérie. Enfin le muscle lui-même présente une segmentation si remarquable qu'il est tout indiqué de rechercher les détails correspondants de son innervation.

**L'Anatomie segmentaire.** — *Introduction à l'étude du cinquième métamère.*

Les auteurs allemands et hollandais désignent sous le nom d'anatomie segmentaire la description des métamères successifs avec leurs parties constituantes. Cette étude est basée en grande partie sur l'étude de l'innervation des myomères et des myélomères ou des rhizomères. Pour ces deux dernières unités la différence n'est pas toujours bien indiquée. Ce sont donc les connexions périphériques du neurotome qui renseignent sur la constitution du métamère.

Cette étude ne nous intéresse ici que parce qu'il y a plus d'un

1. — De toutes les objections faites par M. le professeur Dejerine c'est la seule dont je puisse accepter entièrement le bien fondé. Je me suis absolument trompé en attribuant à Kohnstamm une idée, qui est probablement exacte, mais que cet auteur a cru pouvoir infirmer. Pour le surplus en disant que M. Dejerine avait repris l'expression de « métamérie spinale » je me suis mal exprimé.

Je n'ai pas voulu dire que M. Dejerine avait accepté la justesse de l'expression, mais simplement que cette expression étant signalée dans son livre, ce qui n'est que juste, on pouvait craindre qu'elle n'entrât dans le langage courant, alors même qu'il la combattait. En effet, l'autorité du professeur Dejerine est si grande et si justifiée qu'une théorie ou une opinion se trouve immédiatement en relief et en discussion dès qu'il a cru qu'elle méritait son examen critique. A cet égard, la lettre écrite au *Journal de Neurologie* et qui, avec beaucoup d'à-propos, a souligné son hésitation d'accepter les idées localisatrices, a rendu un signalé service à l'étude approfondie de ces questions.

rapprochement à établir entre la différenciation dans la moelle et les dispositions primitives des muscles.

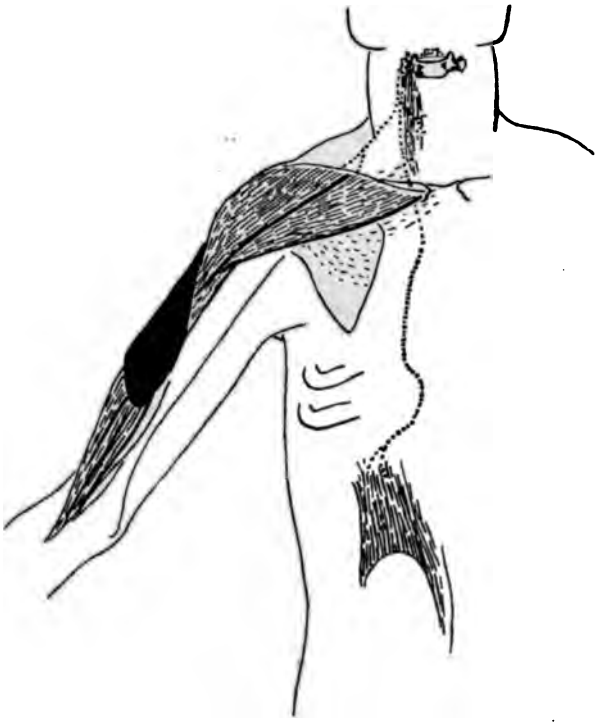


Fig. XV.

Neurotome (pointillé), myomère (hachures) et rhizomère (noir), du 5e métamère de l'adulte (1901.)

Les muscles du bras ont comme origine les 5me, 6me, 7me, 8me, 9me myomères. Quand on esquisse chez l'adulte ce qui appartient au 5me métamère, l'importance de ces notions apparaît déjà clairement. Nous comprenons combien il peut être intéressant d'étudier cette diffusion périphérique des parties ayant eu la même origine et que les voies nerveuses réunissent encore.

Mais supposons, avec Bolk, les muscles de l'épaule et du bras dans leur situation primitive, et mettons le bras perpendiculairement à l'axe du corps, dans la position occupée avant sa torsion.

Le bourgeon qui formera le membre supérieur se couvre, à

l'origine, de bandes longitudinales musculaires que des crêtes osseuses, des plis articulaires et des attaches tendineuses segmenteront.

Nous trouvons sur une même ligne transversale, originaires

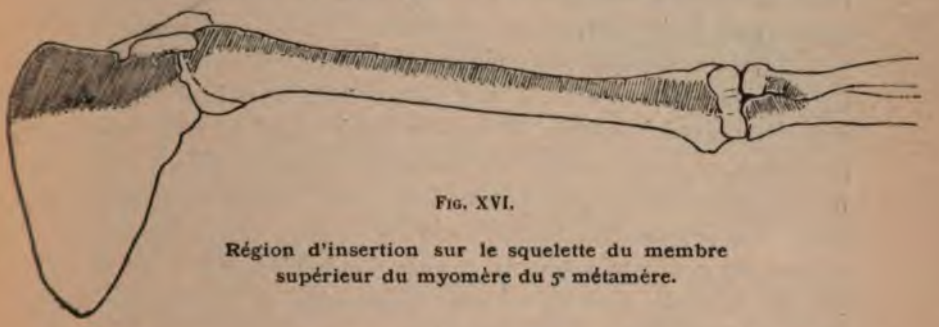


Fig. XVI.

**Région d'insertion sur le squelette du membre supérieur du myomère du 5e métamère.**

d'une même lame musculaire, une partie du rhomboïde, du supra-spinal, du deltoïde, du brachial antérieur, séparés par des crêtes osseuses, qui semblent avoir sectionné la lame musculaire primitive.

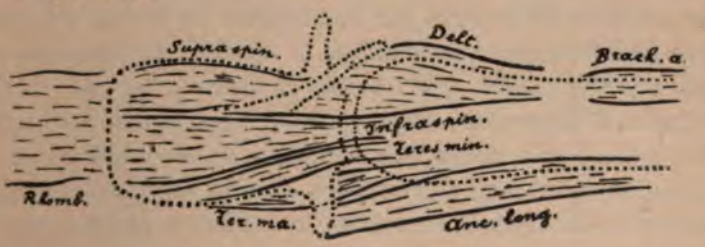



Fig. XVII.

**Quelques muscles de l'épaule et de la racine du membre supérieur dans leur situation d'origine métamérique (Bolk).**

Si maintenant nous nous en rapportons aux localisations motrices dans la moelle, nous trouvons précisément localisés de dedans en dehors :

1° les muscles du dos, y compris le rhomboïde, noyau médian ;

2° les muscles de l'épaule, y compris le supra-spinal, noyau antérieur ;

3° le noyau du circonflexe, innervant le deltoïde, noyau antéro-latéral ;

4° le noyau des muscles fléchisseurs du bras, y compris le brachial antérieur, noyau postéro-externe.

Les cellules de la moelle à fonction identique se sont donc rapprochées et ont reproduit avec une admirable simplicité la différenciation qui s'est opérée à la périphérie.

Mais nous savons que si les myomères se segmentent dans le sens transversal, leurs produits de segmentation peuvent, d'autre part, s'unir à des parties des myomères sus et sous-jacentes pour faire un ensemble musculaire, dont l'innervation est faite par plusieurs neurotomes. Et que voyons-nous dans la moelle ? Les cellules qui innervent le muscle ainsi formé se sont rapprochées, se sont tassées, ne forment ensemble qu'un seul noyau, dont l'origine polymétamérique n'est plus démontrable par la simple anatomie normale sur les coupes longitudinales, et dont on conteste même la constitution hétérogène ; c'est le cas, par exemple, pour les muscles diaphragme et grand pectoral, pour rester dans le 5me métamère.

D'après Bolk, les trois faisceaux successifs du grand pectoral appartiennent chacun à un segment métamérique du corps. Trois myomères participent à sa formation, les cinquième, sixième et septième. Nous pouvons nous attendre à ce que le faisceau claviculaire soit innervé par cette partie du noyau qui existe dans le 5me segment médullaire, le faisceau sternocostal par celle du 6me segment, et le faisceau abdominal, par celle du 7me segment. Et cependant, comme pour le diaphragme, ces parties constitutives très unies dans la direction longitudinale de la moelle, sont fort bien différenciées dans le sens transversal et gardent une indépendance suffisante des autres noyaux voisins.

Des parties musculaires du même métamère ont donc pris des destinations diverses, se sont groupées avec des faisceaux des segments voisins pour faire, d'une part, cet ensemble qui est le diaphragme et d'autre part, le grand pectoral, et dans la moelle s'est produit une différenciation anatomique et fonctionnelle *corrélative*.

Pour étudier ces problèmes si intéressants j'ai débité en coupes microscopiques sériées des embryons humains de 13 millimètres, de 20 millimètres et de 32 millimètres, et j'ai fait des dissections de plexus d'embryons de 100 millimètres.

Je pense, pour autant que je puis être autorisé à avoir une opinion dans ces problèmes délicats d'embryologie, que dès l'origine les différentes parties des métamères restent unies au

neurotome par des tractus celluleux où se développent ultérieurement les nerfs. Dans la masse des cellules embryonnaires qui descendent dans le thorax sous la poussée du cœur, les cellules différenciées musculaires ne se développent que lorsque les cellules non différenciées sont arrivées à destination dans la région thoracique inférieure.

Enfin il n'est pas sans importance de constater, ce qui à ma connaissance n'a encore été vérifié par aucun auteur, au moyen de la méthode de Nissl, que *les neurones de la sensibilité musculaire restent localisés au même niveau de la moelle où existe le noyau musculaire*. C'est ce que l'on peut observer, dans les cas favorables, en étudiant concurremment la moelle et les ganglions spinaux.

Je ne savais pas, en publiant ce fait pour la première fois, que Sherrington, par d'autres méthodes, était arrivé au même résultat.

---

## C. — Recherches anatomopathologiques et topographie médullaire chez l'homme.

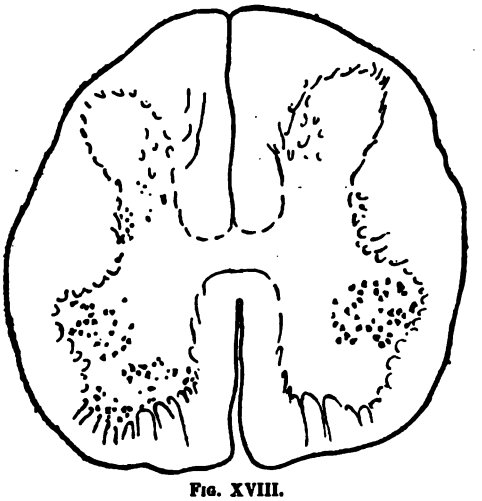


Fig. XVIII.

**Partie supérieure du 1er segment sacré dans un cas d'amputation du membre inférieur gauche. A gauche (côté droit de la figure) les cellules en chromatolyse (21e jour après l'opération) sont seules dessinées (1897).**

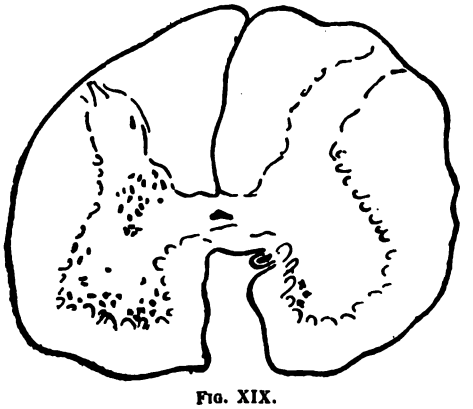


Fig. XIX.

**Partie supérieure du 3e segment lombaire dans un cas d'amputation de la jambe droite et de suppuration récente de la masse sacro-lombaire droite. A droite, côté malade, les cellules en chromatolyse ont seules été dessinées.**

Faut-il maintenant recommencer la relation des cas d'amputation et l'examen minutieux des coupes sériées? Faut-il rappeler l'énorme travail qui consista à rechercher muscle par muscle la possibilité d'une localisation, à contrôler par la dissection des plexus, l'origine de l'innervation, à examiner si dans la littérature quelque concordance ne peut être retrouvée, à expérimenter sur les animaux pour éprouver la solidité des hypothèses?

J'ai dit dans mon rapport que les documents anatomopathologiques concernant les localisations chez l'homme étaient encore trop peu nombreux pour affirmer *avec certitude* la fonction des

différents noyaux médullaires. Mais je maintiens qu'il est de la plus grande utilité pour guider les recherches futures d'établir tout au moins un plan d'ensemble, un essai de topographie médullaire fonctionnelle, qui ne sera si l'on veut qu' « une pure hypothèse ». Et je reproduis à ce titre le schéma que j'ai fait en 1897.

Dans ce schéma sont indiqués : d'une part, les segments

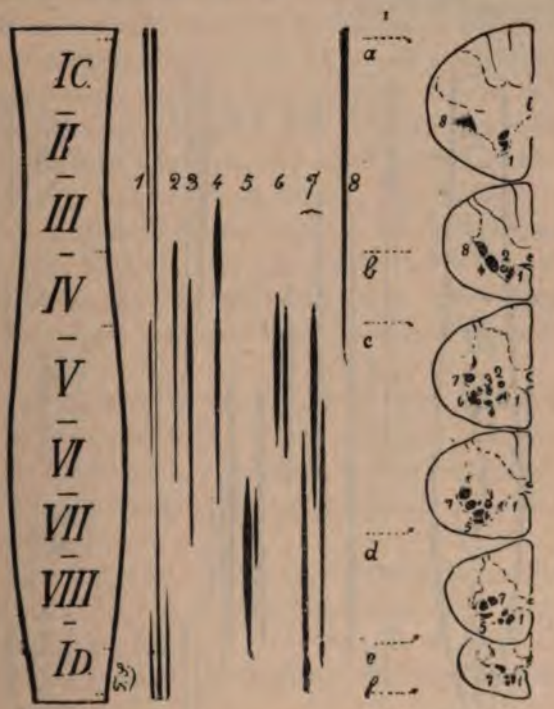



Fig. XX.

**Colonnes et noyaux moteurs de l'intumescentia cervicalis (1897).**

*Columna medialis.* — 1. *a*, courts rotateurs de la tête ; *m*, sous-hyoïdiens. *b, c, d, e, f*, extenseurs et rotateurs de la colonne vertébrale. — 2. Nucleus diaphragmæ. — La série des noyaux sympathiques, composée de petites cellules, n'a pas été figurée. Elle se trouverait en arrière de la col. med. près du canalis centralis.

*Columna intermedio-lateralis.* — 8. *a*, XI^me^ paire, trapezius, sterno-cl.-m. ; *b, c*, plexus cervical, trap. sterno-cl.-m. ; *d, e*, trap. partie moyenne ; *f*, trap. partie inf. — 8. *e*, début du nucl. latiss. dorsi[1].

*Columna extremitatis superioris.* — 3. pectorales. — 4. *b*, lev. scap. ; *c*, serratus major. — 6. muscles de l'épaule. — 7. *c*, biceps ; plus bas, supinateurs, extens. des doigts ; entre *d* et *e*, fléchiss. et pronat. ; *e*, thenar et hypothenar ; *f*, hypothenar. — 5. *d*, triceps ; *e*, anconaeus.

1. — Malheureusement dans ce cliché la colonne 8 a été supprimée en *d, e, f*.

médulaires ; d'autre part, des coupes suivant les lignes pointillées.

Au milieu, les colonnes, noyaux musculaires vus de face, de la plus médiane, 1, à la plus latérale, 8'. Les coupes ont une superficie quatre fois trop grande par rapport aux autres parties qui sont environ grandeur naturelle (homme adulte).

Ces figures ont été faites au moyen des dessins fáits à la chambre claire de Nachet.

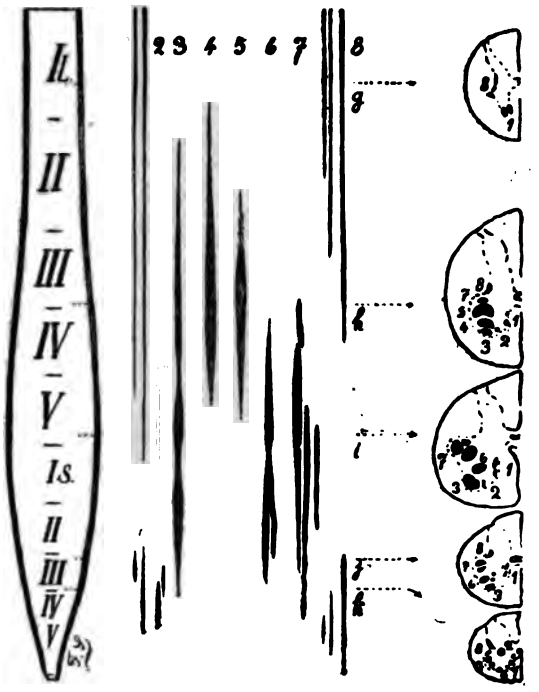



Fig. XXI.

**Colonnes et noyaux moteurs de l'intumescentia lombalis (1897).**

*Columna medialis.* — 1. *g, h, i,* extensores et rotatores spinæ ; *j, k,* ischio-coccygeus et lev. ani. — 2. *k,* sphincter vesic. en avant ; sphincter ani, en arrière. — Il doit y avoir, en outre, des noyaux sympathiques viscéraux non figurés.

*Columna intermedio-lateralis.* — 8. *g,* muscles abdominaux ; *h,* cremaster ; *j, k,* muscles du périnée.

*Columna extremitatis inferioris.* — 2. *i,* pyramidalis. — 3. *h,* iliopsoas ; *i,* glutaei ; *j,* gemelli, pyriformis. — 4. quadriceps femoris. — 5. pectineus, adductores. — 6. *i,* fléchisseurs du genou ; plus bas popliteus, triceps suræ, *j.* — 7. *h,* tibialis anticus ; *i,* extenseurs des orteils, péroniers ; plus bas, tibialis posticus, fléchisseurs des orteils ; *j, k,* muscles intrinsèques du pied.

Les principales erreurs de ce schéma sont les suivantes : La colonne intermédio-latérale étant entièrement occupée par des noyaux du grand sympathique, les muscles innervés par le spinal le grand dorsal et les muscles abdominaux ne peuvent y être localisés. Les noyaux des muscles innervés par le spinal se trouvent au centre de la corne et partiellement dans le noyau 4. Le grand dorsal se trouve dans une des branches du noyau 5. Pour la moelle lombaire, la colonne 8 innerve encore des organes sous la dépendance du grand sympathique ; les muscles abdominaux doivent être localisés, comme je l'ai dit tout d'abord dans les noyaux les plus externes des colonnes 1. L'ajoute supérieure au noyau du tibial antérieur, mise pour rester conforme aux idées de Remak, est de trop. Aucune démarcation n'ayant été faite entre le 4me et le 5me segments sacrés, la limite inférieure est quelque peu arbitraire, elle descend peut-être un peu trop bas. Le noyau du triceps surae doit être isolé, bien que ses connexions avec les noyaux centraux soient très réels.

Enfin, le groupement de ces noyaux doit être modifié quelque peu pour qu'il soit possible de leur appliquer, dans la figure même, la classification de Brissaud et de Van Gehuchten.

Depuis lors j'ai examiné de nouveaux cas d'amputation du membre inférieur.

J'ai examiné la moelle dans un cas d'amputation interscapulo-thoracique, mort deux mois après l'opération. Il y a chromolyse intense dans les noyaux correspondants aux muscles amputés, et intégrité dans le noyau du diaphragme et les noyaux médians.

---

## D. — Conclusions.

Je modifie donc les schémas de 1897 et je leur substitue les suivants qui répondent mieux aux connaissances actuelles. Je

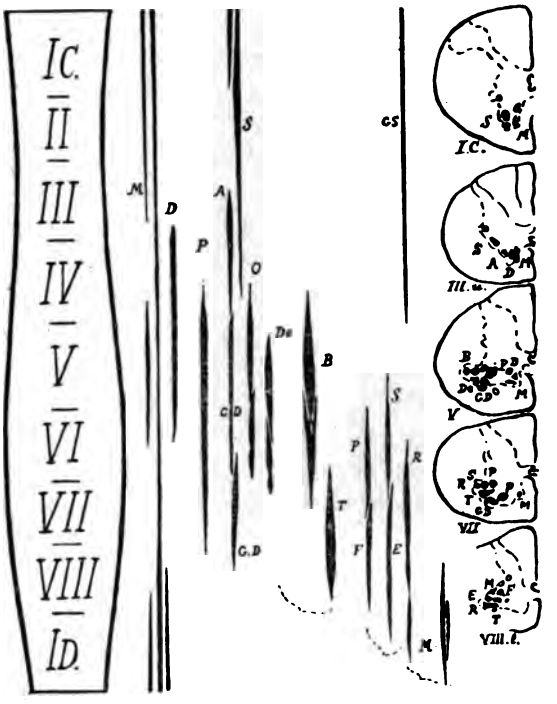



Fig. XXII.

**Colonnes et noyaux moteurs de l'intumescentia cervicalis.**

I. — *La moelle cervicale vue de face avec les limites des segments.*

II. — *Aspect longitudinal des noyaux disposés par groupes.*

*M*, noyaux médians, rotateurs de la tête, grand complexus, splenius. — *D*, noyau du diaphragme. — *P*, noyau des pectoraux. — *A*, noyau de l'angulaire, du rhomboïde en arrière, et en dedans, scalènes. — *G-D*, grand dentelé (au 5ᵉ segment). — *G-D*, grand dorsal (au 7ᵉ). — *S*, noyaux des sterno-m., cleido-m., trapèze en dehors. — *O*, muscles de l'omoplate, sus-épineux, sous-épineux, sous-scapulaire. — *D*, deltoïde, grand rond, petit rond. — *B*, muscles de la région antérieure du bras, coraco-brachial, biceps, brachial antérieur en dehors. — *T*, triceps du bras. — *P*, pronateur, grand et petit palmaire, cubitaux. — *F*, fléchisseurs de la région brachiale antérieure. — *S*, supinateurs. — *E*, extenseurs de la région postérieure du bras. — *R*, radiaux, et à la partie inférieure court abducteur du pouce (?). — *M*, muscles de l'éminence thénar et m. de l'éminence hypothénar, inter-osseux.

*G-S*, les noyaux du grand sympathique n'ont été figurés que pour les segments supérieurs. Au 8ᵉ cerv. commence dans la corne latérale un noyau qui se dédouble ; puis un 3ᵉ se joint à eux.

III. — *Coupes de la moelle au niveau des 1ᵉʳ, 3ᵉ (partie supérieure), 5ᵉ, 7ᵉ, 8ᵉ (partie inférieure) segments.* Coupes transversales et situation topographique des noyaux.

dois répéter à ce sujet, que ces schémas sont, comme ceux de 1897, des synthèses fragiles, dont il s'agira de contrôler les détails.

Elles sont basées cependant sur l'examen minutieux de six cas d'amputation à différents niveaux du membre inférieur, sur

FIG. XXIII.

**Colonnes et noyaux moteurs de l'intumescentia lombalis.**

I. — *La moelle lombo-sacrée vue de face avec les limites des segments.*

II. — *Aspect longitudinal des noyaux disposés par groupes.*

*M*, noyaux médians, muscles de la colonne vertébrale. — *X*, noyau de Onuf. — *A*, muscles abdominaux. — *I-P*, muscle Psoas, plus bas Iliaque, en dedans couturier, tenseur fascialata. — *F*, moyen et petit fessiers, plus bas grand fessier, jumeaux, pyriforme. — *O*, muscles innervés par le nerf obturateur, pectiné, y compris le grand adducteur dans toute son étendue. — *D-M*, Demi-membraneux. — *D-T*, demi-tendineux. — *B*, biceps. — *Q*, quadriceps femoris. — *T*, triceps sural. — *J-P*, jambier postérieur. — *F*, fléchisseurs à la région jambière postérieure. — *J-A*, jambier antérieur. — *E*, extenseurs à la région jambière antérieure, avec le pédieux à la partie inférieure. — *P-L*, péroniers latéraux. — *P*, pied.

*G-S*, les noyaux du grand sympathique ont été figurés sur les coupes transversales par des cercles creux. Dans la région sacrée inférieure le groupe para-épendymaire ne doit pas être considéré comme appartenant aux groupes médians. Dans ce groupe médian nous trouvons le noyau de l'ischio-coccygien et en dehors le noyau du diaphragme pelvien. Dans les groupements du grand sympathique les sphincters sont para-épendymaires.

III. — *Coupes de la moelle au niveau des 1er, 5e, 5e segments lombaires, de la partie supérieure du 2e et du 3e segments sacrés.* Coupes transversales et situation topographique des noyaux. Ces coupes correspondent à l'atlas de Bruce.

un cas d'amputation interscapulo-thoracique du membre supérieur, sur l'anatomie normale des plexus et de la moelle, enfin sur de nombreuses expériences personnelles et sur celles consignées dans la littérature, y compris, en partie, le dernier article de Marinesco, paru dans la *Semaine Médicale*.

Les noyaux y sont disposés par groupes de sorte que l'on peut réunir dans un même cercle les noyaux appartenant à une même zône de segment épimérique. Un pointillé au bas des groupes indique approximativement le cercle à tracer. Il faut remarquer seulement que pour la main, une partie de la colonne *R* doit être unie aux colonnes situées à la droite de *M;* et que pour le pied, une partie de la colonne *E* se joint aux noyaux situés à la droite de *P*.

On pourrait cependant grouper encore d'autre façon les noyaux des membres. La figure XXIV en donne un exemple.

Mon rapport démontre suffisamment que mes recherches personnelles n'ont jamais été indispensables et que nos connaissances devaient nécessairement s'étendre dans ce vaste domaine des localisations ; la solution du problème était imminente. Je puis donc facilement admettre que Marinesco ait pu écrire :

« Un grand nombre de localisations que donne Sano pour les différents muscles ne résultent pas de recherches expérimentales ou bien de documents anatomopathologiques indiscutables ; aussi un bon nombre de ces localisations ne peuvent être admises qu'à titre provisoire et d'autres sont inadmissibles. »

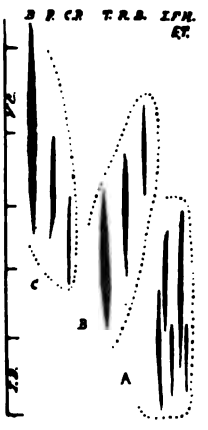



Fig. XXIV.

**Essai de disposition embryogénique des noyaux.**

*A*, bourgeon primordial, muscles intrinsèques de la main et muscles profonds de l'avant-bras.

*B*, lames musculaires dorsales qui se sont étendues sur le bourgeon primordial. Triceps, radiaux, long supinateur.

*C*, lames musculaires ventrales qui se sont étendues sur le bourgeon primordial. Biceps et coraco-brachial, pronateur et palmaires, cubitaux.

Mais Dejerine ajoute, en citant Marinesco, dont il partage l'avis : « Et je me demande même comment M. Sano a pu localiser, chez l'homme, les noyaux des muscles des membres inférieurs en étudiant la moelle dans des cas d'amputation. Dans le

cas d'amputation, la réaction cellulaire correspond à quoi ? Naturellement à la section des troncs nerveux. Dans les cas de M. Sano, où il s'agissait d'amputation du membre inférieur, la chromatolyse correspond à la section des nerfs du membre inférieur — sciatique, crural, obturateur — et permet de localiser dans la moelle l'origine des fibres motrices contenues dans ces trois nerfs, au-dessous de leur section. C'est ce qu'ont fait Van Gehuchten et de Buck, Van Gehuchten et Nelis, Marinesco, De Neef, Knape, Parhon et Popesco, etc. Mais de là à localiser dans la moelle *les noyaux des muscles innervés par ces fibres sectionnées,* il y a un abîme. » (1902.)

C'est précisément parce que j'ai osé franchir cet abîme que vous m'avez fait l'honneur de me charger d'un rapport. Je vous remercie, Messieurs, pour l'attention que vous avez bien voulu prêter à celui-ci et je m'excuse d'avoir dû limiter son objet au champ trop restreint de mes faibles connaissances.

# TABLE DES MATIÈRES


Pages.

*Liminaire* ..... 223

A. — Historique ..... 225

B. — Bibliographie ..... 236

C. — Méthode ..... 250

D. — Recherches expérimentales :

Nissl ..... 254
*a)* Marinesco ..... 255
*b)* De Neef ..... 261
*c)* Knape ..... 265
*d)* Parhon et ses collaborateurs ..... 266
*e)* Onuf et Collins ..... 274
*f)* Brissaud et Bauer ..... 274
Généralités et premières conclusions ..... 279

E. — Contributions anatomopathologiques :

Recherche de la réaction à distance chez l'homme ..... 285
Réactions d'ancienne date et lésions intra-médullaires ..... 293

F. — Quelques objections :

*a)* Obersteiner ..... 298
*b)* Ferrannini ..... 299
*c)* Perusini ..... 300
*d)* Krause et Philippson ..... 301
*e)* Dejerine ..... 302

G. — Essais de synthèse — Théories :

*a)* Théorie radiculaire ..... 305
*b)* Théorie fasciculaire ..... 308
*c)* Théorie nerveuse ..... 309
*d)* Théorie segmentaire ..... 309
*e)* Théorie musculaire ..... 313
*f)* Théorie fonctionnelle ..... 314
*g)* Théorie téléologique ..... 315
Résumé ..... 317

Pages.

H. — Essais de topographie médullaire :

Moelle cervicale (Parhon)..... 321
Moelle lombo-sacrée (Van Gehuchten, Onuf)..... 326
Étude générale : De Buck..... 329
— Bruce..... 330

I. — Terminologie..... 332

J. — Conclusions..... 335

---

ANNEXE. — **Recherches personnelles :**

La réaction à distance..... 339

A. — Expériences de localisation..... 343

B. — Étude de la moelle humaine normale..... 348

C. — Recherches anatomopathologiques..... 362

D. — Conclusions..... 366

# TABLE GÉNÉRALE DU Ier VOLUME

**Des Mesures à prendre à l'égard des Aliénés criminels, par le Dr KÉRAVAL.**


Pages.

GÉNÉRALITÉS ..... 1

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ..... 4

Modifications à la loi de 1838 proposées par la Commission extra-parlementaire ..... 20

Projet Dubief ..... 55

CHAPITRE DEUXIÈME

PROBLÈMES A RÉSOUDRE ..... 67

I. — *Dispositions judiciaires* ..... 69

*A)* Aliénés criminels ..... 69

*B)* Criminels aliénés ..... 76

*C)* Aliénés dangereux, vicieux, dépravés ..... 81

II. — *Dispositions médico-administratives* ..... 85

*A)* Aliénés criminels ..... 85

*B)* Criminels aliénés ..... 95

*C)* Aliénés dangereux, vicieux, dépravés ..... 100

*D)* *Renseignements complémentaires* ..... 107

1° Asile central des aliénés criminels de Gaillon ..... 107

2° Enquête dans les asiles publics de France ..... 110

III. — *Mesures préventives* ..... 125

1° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné non encore séquestré ..... 126

2° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné interné ..... 130

3° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné sorti par guérison ou par amélioration ..... 132

CONCLUSIONS ..... 135

1° Nécessité de prévenir les crimes et délits des aliénés avant leur internement ..... 135

2° Possibilité de prévenir les crimes et délits des aliénés sortis des asiles par guérison ou par amélioration ..... 135

3° Dispositions judiciaires ..... 135

4° Dispositions médico-administratives ..... 136

## Des Démences vésaniques, par le Dr G. DENY.

Pages.

AVANT-PROPOS ..... 141

CHAPITRE I. — Division du sujet ..... 143

CHAPITRE II. — Genèse et formule de la démence précoce : psychose constitutionnelle ou psychose accidentelle ..... 145

CHAPITRE III. — La Démence précoce d'après les conceptions actuelles ; étude clinique ..... 165

CHAPITRE IV. — Étude anatomo-pathologique ..... 185

CHAPITRE V. — Étude étiologique ..... 193

CHAPITRE VI. — Nature et Pathogénie de la Démence précoce. 200

CHAPITRE VII. — Les Démences vésaniques en général ..... 208

---

## Les Localisations des Fonctions motrices de la Moelle épinière, par le Dr F. SANO.

*Liminaire* ..... 223

A. — HISTORIQUE ..... 225

B. — BIBLIOGRAPHIE ..... 236

C. — MÉTHODE ..... 250

D. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES :

Nissl ..... 254

*a)* Marinesco ..... 255

*b)* De Neef ..... 261

*c)* Knape ..... 265

*d)* Parhon et ses collaborateurs ..... 266

*e)* Onuf et Collins ..... 274

*f)* Brissaud et Bauer ..... 274

Généralités et premières conclusions ..... 279

E. — CONTRIBUTIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES :

Recherche de la réaction à distance chez l'homme ... 285

Réactions d'ancienne date et lésions intra-médullaires ..... 293

Pages.

F. — Quelques objections :

*a)* Obersteiner ..... 298
*b)* Ferrannini ..... 299
*c)* Perusini ..... 300
*d)* Krause et Philippson ..... 301
*e)* Dejerine ..... 302

G. — Essais de synthèse — Théories :

*a)* Théorie radiculaire ..... 305
*b)* Théorie fasciculaire ..... 308
*c)* Théorie nerveuse ..... 309
*d)* Théorie segmentaire ..... 309
*e)* Théorie musculaire ..... 313
*f)* Théorie fonctionnelle ..... 314
*g)* Théorie téléologique ..... 315
Résumé ..... 317

H. — Essais de topographie médullaire :

Moelle cervicale (Parhon) ..... 321
Moelle lombo-sacrée (Van Gehuchten, Onuf) ..... 326
Étude générale : De Buck ..... 329
— Bruce ..... 330

I. — Terminologie ..... 332

J. — Conclusions ..... 335

ANNEXE. — *Recherches personnelles :*

La réaction à distance ..... 339

A. — Expériences de localisation ..... 343

B. — Étude de la moelle humaine normale ..... 348

C. — Recherches anatomo-pathologiques ..... 362

D. — Conclusions ..... 366

IMPRIMERIE-STÉRÉOTYPIE GARET

J. EMPÉRAUGER, IMPRIMEUR

PAU

LYON. — IMPRIMERIE-STÉRÉOTYPIE GARNY, RUE DES CORDELIERS, 15
P. KAPERAUDEN, IMPRIMEUR.

# CONGRÈS
## DES MÉDECINS
# ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
## DE FRANCE
### ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

---

XIVe SESSION

Tenue à PAU du 1er au 7 Août 1904.

---

VOLUME II

Publié par le Dr GIRMA, Secrétaire général.

ACADEMY OF MEDICINE
NEW YORK
LIBRARY

## COMPTES RENDUS

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1905

# CONGRÈS

DES MÉDECINS

# ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

PAU - 1904.

IMPRIMERIE-STÉRÉOTYPIE GARET

J. EMPÉRAUGER, IMPRIMEUR

PAU

# CONGRÈS
## DES MÉDECINS
# ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
## DE FRANCE
### ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

---

XIVe SESSION

Tenue à PAU du 1er au 7 Août 1904.

---

VOLUME II

**Publié par le Dr GIRMA, Secrétaire général**

---

## COMPTES RENDUS

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1904

# PRÉLIMINAIRES

## I. — BUREAU DU CONGRES

*Présidents d'honneur :*

MM. le Dr Drouineau, Inspecteur Général de l'Assistance publique, délégué de M. le Ministre de l'Intérieur ;
Gilbert, Préfet des Basses-Pyrénées ;
Faisans, Maire de Pau ;
Garet, Président du Conseil Général des Basses-Pyrénées ;
Dr Francotte, Professeur à l'Université de Liège (Belgique) ;
Dr Maxwell, Avocat-Général, à Bordeaux ;
Dr Crocq, Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, délégué du Gouvernement Belge.

*Président :*

M. le Dr Brissaud, Professeur de la Faculté de Médecine de Paris.

*Vice-Présidents :*

MM. les Drs Arnaud, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves, près Paris ;
Noguès, Médecin-Directeur de l'Établissement pour maladies nerveuses, à Toulouse.

*Secrétaire Général :*

M. le Dr Girma, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

*Secrétaires des Séances :*

MM. les Drs Masselon, Médecin-Adjoint de l'Asile Public des Aliénés de Pau ;
Coronat, de Lauzerte (Tarn-et-Garonne), ancien interne des Asiles ;
Périès, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Montauban.

---

## II. — MEMBRES ADHÉRENTS[1]

Dr Abadie, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, 3, rue des Trois Conils, Bordeaux (Gironde).
* Dr Andral, rue Henri IV, Pau (Basses-Pyrénées).
* M. André, Docteur en droit, Avocat, 61bis, rue St-Jacques, Douai (Nord).
* Dr Andrieu, 45, rue de la Grande Horloge, Agen (Lot-et-Garonne).
Dr Anglade, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).
Dr Antheaume, Médecin de la Maison Nationale de Charenton, 6, rue Scheffer (Paris).
Dr Archambault, Médecin en Chef du Quartier des Aliénés, Tours (Indre-et-Loire).
* Dr Aris, 20, rue Latapie, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Arnaud, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves, près Paris.
Dr Audemard, Inspecteur des Maisons Privées, 243, avenue de Saxe, Lyon (Rhône).

1. — Les noms précédés d'un astérisque sont ceux des membres adhérents et associés ayant assisté au Congrès.

* Dr Ballet, Gilbert, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, 39, rue du Général Foy, Paris.
Dr Ballet, Victor, Médecin de l'Établissement hydrothérapique de Divonne (Ain).
Dr Beco, Professeur de Clinique Médicale, à l'Université, Liège (Belgique).
* Dr Becue, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Bailleul (Nord).
* Dr Bellat, Directeur de l'Asile des Aliénés de Breuty, par la Couronne (Charente).
* Dr Belletrud, Directeur de l'Asile des Aliénés de Pierrefeu (Var).
Dr Beretta, Henry, 14, rue des Écoles, Paris.
* Dr Berillon, Médecin-Inspecteur des Asiles d'Aliénés, 4, rue Castellanne, Paris.
Dr de Boerk, Professeur de Psychiâtrie à l'Université, 77, rue de la Loi, Bruxelles (Belgique).
Dr Boiteux, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Clermont (Oise).
Dr Bonnier, 166, Faubourg St-Honoré, Paris.
Dr Bories, Villa Régina, Cannet, à Cannes (Alpes-Maritimes).
Dr Bourneville, 14, rue des Carmes, Paris.
Dr Bouyer, fils, Cauterets (Hautes-Pyrénées).
* Dr Brecy, Établissement hydrothérapique du Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Briand, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Villejuif, Paris.
* Dr Briche, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de St-Venant (Pas-de-Calais).
* Dr Brissaud, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Professeur à la Faculté de Médecine, 5, rue Bonaparte, Paris.
* Dr Brousse, Paul, délégué de la Préfecture de la Seine, 81, avenue de Clichy, Paris.
Dr de Buck, Médecin Principal de l'Asile de Froidmont (Belgique).
* Dr Cabannes, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 17, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde).
* Dr Capgras, Médecin-adjoint à l'Asile des Aliénés de Dury-les-Amiens (Somme).
Dr Carrier, Médecin honoraire des Hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône).
* Dr Cestan, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse, Toulouse (Haute-Garonne).
Dr Chabbert, 2, allées Lafayette, Toulouse (Haute-Garonne).
* Dr Chardon, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés d'Armentières (Nord).
Dr Chaumier, 9, rue Sala, Lyon (Rhône).
Dr Chervin, Directeur de l'Institut des Bègues de Paris, 82, avenue Victor Hugo, Paris.
* Dr Chevalier-Lavaure, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés d'Auch (Gers).
Dr Christian, Médecin de la Maison Nationale de Charenton (Seine).
* Dr Claparède, Privat-docent à l'Université de Genève, 11, rue Champel, Genève (Suisse).
Dr Claus, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés, Anvers (Belgique).

* Dr Colin, Médecin de l'Asile des Aliénés de Villejuif, 26, rue Vauquelin, Paris, délégué de la Préfecture de la Seine.
Dr Constensoux, Chef de clinique adjoint à la Salpêtrière, 21, rue de Lisbonne, Paris.
* Dr Corcket, Médecin-adjoint à l'Asile du Bon-Sauveur, Caen (Calvados).
* Dr Coronat, Lauzerte (Tarn-et-Garonne).
Mme de Cossé-Brissac, 1, rue Dupuytren, Paris.
* Dr Coulonjou, Médecin-adjoint à l'Asile des Aliénés d'Alençon (Orne).
* Dr Crocq, Professeur agrégé à l'Université, 27, avenue Palmerston, Bruxelles (Belgique).
* Dr Crouzet, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Cruchet, ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine, 89, cours Victor Hugo, Bordeaux (Gironde).
* Dr Cullerre, Directeur de l'Asile des Aliénés de la Roche-sur-Yon (Vendée).
* Dr Cuq, 2, rue Mourot, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Darracq, rue des Cordeliers, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Deny, Médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière, Paris.
Dr Deroubaix, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Froidmont (Belgique).
* Dr Devay, Médecin-Chef de la Maison de Santé de St-Jean-de-Dieu, 30, rue de la République, Lyon (Rhône).
* Dr Dide, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Rennes (Ile-et-Vilaine).
* Dr Doutrebente, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Blois (Loir-et-Cher).
Dr Duany-Soler, Asile de la Providence, Niort (Deux-Sèvres).
Dr Doyen, La Fère (Aisne).
* Dr Dubourdieu, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Dr Dumas, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Bassens (Savoie).
* Dr Dupain, Médecin-Chef des Asiles de la Seine, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
* Dr Dupré, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 47, rue St-Georges, Paris.
Dr Durante, 32, avenue Rapp, Paris.
Dr Enriquez, 8, avenue de l'Alma, Paris.
* Dr Falret de Tuite, ancien Préfet, villa St-Hugues, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Farez, Paul, Professeur à l'École de Psychologie, 93, rue de Courcelles, Paris.
* Dr Faure, Maurice, ancien Interne des hôpitaux de Paris, à La Malou (Hérault).
Dr Faure, Eugène, 87, cours Henri, Lyon (Rhône).
* Dr Ferré, rue du Lycée, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Fleury-Rebatel, Directeur de la Maison de Santé de Champvert, 77, chemin des Grandes Terres, Lyon (Rhône).
* Dr Fortineau, Médecin-adjoint à la Maison de Santé de Nantes, 67, rue de Rennes, Nantes (Loire-Inférieure).

* Dr Foveau de Courmelles, 26, rue de Châteaudun, Paris.
Dr Francotte, Professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège (Belgique).
* Dr Garcie, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Leyme (Lot).
Dr Garnier, Paul, Médecin-Chef du Dépôt, 16, boulevard Montmartre, Paris.
Dr Garnier, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Dijon (Côte-d'Or).
* Dr Gaye, rue d'Etigny, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Gimbal, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Prémontré (Aisne).
* Dr Giraud, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de St-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).
* Dr Girma, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Goudard, rue Gambetta, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Grasset, Professeur à l'Université de Montpellier, rue Jean-Jacques Rousseau, 6, Montpellier (Hérault).
* Dr Guiard, rue des Écoles, Paris.
Dr Guyot, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Châlons-sur-Marne (Marne).
Dr Joffroy, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, 195, boulevard St-Germain, Paris.
* Dr Kéraval, Médecin-Chef de lA'sile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Klippel, Médecin des Hôpitaux, 20, rue de Grenelle, Paris.
Dr Ladame, Professeur à l'Université, Rond-Point de Plaimpalais, 5, Genève (Suisse).
* Dr Lafont, 24, rue Serviez, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Laignel-Lavastine, ex-Interne des Hôpitaux de Paris, 35, rue du Rocher, Paris.
* Dr Lalanne, Médecin-Directeur de la Maison de santé du Castel-d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).
Dr Lallemant, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).
Dr Lamy, Médecin des Hôpitaux de Paris, 8, rue St-Philippe-du-Roule, Paris.
Dr Lande, Médecin des Hôpitaux, 34, place Gambetta, Bordeaux (Gironde).
Dr Lannois, Médecin des Hôpitaux, 14, rue Emile Zola, Lyon (Rhône).
* Dr Larrivé, Directeur de la Maison de santé de Meyzieu (Isère).
Dr Legras, Médecin de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, 7, rue Saulnier, Paris.
* Dr Leri, ancien Interne des Hôpitaux, Les Grisards, à Vaucresson (Seine-et-Oise).
* Dr Long, Privat-docent à l'Université, 6, rue Constantin, Genève (Suisse).
* Dr Mabille, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de La Rochelle (Charente-Inférieure).

Dr Magnan, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.

* M. Malecaze, Directeur de la Circonscription Pénitentiaire, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Marie, Médecin en Chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

* Dr Masselon, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Maupaté, Médecin de l'Asile des Aliénés de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).

* Dr Maxwell, Avocat-Général, 37, rue Tiach, Bordeaux (Gironde).

* Dr Meige, 10, rue de Seine, Paris.

Dr Meilhon, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Quimper (Finistère).

Dr Mendelssohn, Membre Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, 49, rue de Courcelles, Paris.

* Dr Meunier, Valery, rue Adoue, Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Meunier, Henri, rue Bayard, Pau (Basses-Pyrénées).

* Dr Meuriot, Directeur de la Maison de Santé, 17, rue Berton, Paris.

Dr Mirallié, Médecin des Hôpitaux, 19, rue Crébillon, Nantes (Loire-Inférieure).

* Dr Monod, 23, rue Samonzet, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Morel, Médecin-Directeur de l'Asile des Aliénés de Mons (Belgique).

Dr Motet, Membre de l'Académie de Médecine, 161, rue de Charonne, Paris.

Dr Monzon-Gimenez, Cypriano, Pampelune (Espagne).

Dr de Musgrave-Clay, Villa Viviane, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Dr de Nabias, Professeur à la Faculté de Médecine, 12, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux (Gironde).

* Dr Noguès, Directeur de l'Établissement pour maladies nerveuses, 34, quai de Tounis, Toulouse (Haute-Garonne).

Dr Nolé, Directeur de l'Asile des Aliénés de St-Alban (Lozère).

* Dr Oberthür, Directeur de l'Établissement hydrothérapique d'Auteuil, 12, rue Boileau, Paris.

* Dr Pactet, Médecin de l'Asile des Aliénés de Villejuif (Seine).

* Dr Page, Médecin de l'Établissement hydrothérapique de Bellevue, près Paris (Seine-et-Oise).

* Dr Pailhas, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés d'Albi (Tarn).

* Dr Parant, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Toulouse, 17, allées de Garonne, Toulouse.

* Dr Parhon, Clinique des maladies nerveuses, 228, Strada Romana, Bucarest (Roumanie).

Dr Paris, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

M. Pech-Palajanel, Juge d'Instruction, Pau (Basses-Pyrénées).

* M. Pelletier, Charles, Chef du Service des Aliénés à la Préfecture de la Seine, 14, rue Cambacérès, Paris, délégué de la Préfecture de la Seine.

* Dr Periès, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Montauban (Tarn-et-Garonne).
Dr Petit, Médecin-Directeur de l'Asile de Moulins (Allier).
* Dr Pichenot, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Montdevergues (Vaucluse).
Dr Picqué, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, 81, rue St-Lazare, Paris.
Dr Pierret, Professeur des Maladies mentales à la Faculté de Médecine de Lyon (Rhône).
* Dr Pitres, Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux (Gironde).
* Dr Pochon, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de St-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).
* Dr Pouech, 12, rue Montpensier, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Pujos, Villa Lieste, route de Gan, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Raymond, Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin de la Salpêtrière, 156, boulevard Haussmann, Paris.
Dr Rayneau, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés d'Orléans (Loiret).
* Dr Régis, Professeur à la Faculté de Médecine, 154, rue St-Sernin, Bordeaux (Gironde).
Dr Rey, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).
* Dr Ricard, Gan (Basses-Pyrénées).
Dr Ritti, Médecin en Chef de la Maison Nationale de Charenton, 57, Grand'Rue, Saint-Maurice (Seine).
M. Rodel, Substitut du Procureur Général, 2, rue Condé, Bordeaux (Gironde).
* Dr Roy, Chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris, 5, rue d'Argenteuil, Paris.
Dr Royet, ancien Chef de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine, 68, rue de la République, Lyon (Rhône).
Dr Rudler, Médecin-Major au 11e Régiment de Dragons, 8, rue Stractman, Belfort.
Dr Sabrazès, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, 26, rue Boudet, Bordeaux (Gironde).
* Dr Sano, Médecin des Hôpitaux, 2, rue Montebello, Anvers (Belgique).
* Dr Schnyder, 38, rue Fédérale, Berne (Suisse).
* Dr Semelaigne, Médecin-Directeur de la Maison de santé de St-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly-sur-Seine.
Dr Sérieux, Paul, Médecin de la Maison de Santé de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).
* Dr Sicard, Médecin des Hôpitaux, 41, rue Madame, Paris.
Dr Sixto Arman, Médecin de l'Hôpital d'Oviedo (Espagne).
Dr Taty, Chef des Travaux de Médecine mentale à la Faculté de Médecine, 24, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône).
Dr Terrade, Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de la Charité (Nièvre).
* Dr Tissié, 14, rue Marca, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Trenel, Médecin-adjoint de la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

Dr Truelle, Médecin-adjoint de la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
* Dr Vallon, Médecin de l'Asile Clinique, 1, rue Cabanis, Paris.
* Dr Vernet, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
* Dr Vidaud de Pomerait, Pau (Basses-Pyrénées).
* Dr Viel, Médecin-Chef de l'Asile du Bon-Sauveur, à Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
Dr Vigouroux, Médecin-Chef de l'Asile des Aliénés de Vaucluse Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
* Dr Vires, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier (Hérault).

## III. — MEMBRES ASSOCIÉS

* Mme Arnaud, Vanves, près Paris.
* M. Bauer, Interne des Hôpitaux, 50, boulevard Port-Royal, Paris.
* Mme Bellat, Asile de Breuty, par la Couronne (Charente).
* Mme Bérillon, 4, rue Castellane, Paris.
* Mme Briche, Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).
* Mme Brissaud, 5, rue Bonaparte, Paris.
* Mme Cabannes, 17, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde).
* Mme Capgras, Asile de Dury-les-Amiens (Somme).
Mr Ceccaldi, Secrétaire général de la Préfecture de Rennes (Ile-et-Vilaine).
Mme Coulonjou, Asile d'Alençon (Orne).
* Mme Cullerre, Asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).
* Mlle Cullerre, Asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).
Mme Doyen, La Fère (Aisne).
Mlle Doyen, La Fère (Aisne).
* Mme Devay, 30, rue de la République, Lyon (Rhône).
* Mme Doutrebente, Asile des Aliénés de Blois (Loir-et-Cher).
* M. Doutrebente, Robert, — —
* M. Doutrebente, Maurice, — —
M. Fleury Rebatel, Étudiant en Médecine, 71, rue des Grandes Terres, Lyon (Rhône).
* M. Fortineau, Charles, Étudiant en Médecine, 67, rue de Rennes, Nantes (Loire-Inférieure).
* M. Fortineau, Gabriel, Étudiant en Médecine, 67, rue de Rennes, Nantes (Loire-Inférieure).
* Mme Giraud, Asile de St-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).
* Mlle Giraud, — — —
* M. Giraud, Préparateur au Laboratoire de Médecine Mentale, Lyon (Rhône).

* Mme Girma, route de Tarbes, Pau (Basses-Pyrénées).
* Mme Larrivé, Maison de Santé de Meyzieu (Isère).
* Mme Maupaté, Asile des Aliénés de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).
* Mme Meige, 10, rue de Seine, Paris.
* Mme Henry Meunier, rue Bayard, Pau (Basses-Pyrénées).
* Mme Monod, 23, rue Samonzet, Pau (Basses-Pyrénées).
* Mme Pailhas, Asile d'Albi (Tarn).
* Mme Pichenot, Asile de Montdevergues (Vaucluse).
* Mme Pitres, 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux (Gironde).
* M. Pitres, Edgard, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux (Gironde).
* Mme Régis, 154, rue St-Sernin, Bordeaux (Gironde).
* M. Régis, Étudiant en Médecine, 154, rue St-Sernin, Bordeaux (Gironde).

Mme Royet, 68, rue de la République, Lyon (Rhône).

* Mme Schnyder, 38, rue Fédérale, Berne (Suisse).
* Mme Tissié, 14, rue Marca, Pau (Basses-Pyrénées).
* Mme Vallon, 1, rue Cabanis, Paris.

M. Verdier, André, Étudiant en Médecine, Millau (Aveyron).

* Mme Vernet, Maréville, près Nancy.
* Mlle Vernet, Nathalie, Maréville, près Nancy.
* M. Vernet, Lucien, Maréville, près Nancy.
* Mme Vires, Montpellier (Hérault).

---

## IV. — ASILES ADHÉRENTS

Asile des Aliénés de St-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).
— — Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Asile Clinique Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
Asile des Aliénés de St-Lizier (Ariège).
— — St-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
— — de St-Yon, à Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).
— — de Montdevergues (Vaucluse).
— — de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).
— — d'Evreux (Eure).
— — de St-Robert, près Grenoble (Isère).
— — de Quimper (Finistère).
— — de la Roche-sur-Yon (Vendée).
— — de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
— — d'Alençon (Orne).
— — de Pierrefeu (Var).
— — d'Auch (Gers).
— — de Bron, Lyon (Rhône).

Asile des Aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne).
— — de Rodez (Aveyron).
— — de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
— — de Bailleul (Nord).
— — de Châlons-sur-Marne (Marne).
— privé du Pont-St-Come, à Montpellier (Hérault).
— des Aliénés de Dury-les-Amiens (Somme).
— — de Villejuif (Seine).
Colonie Familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
— — d'Aynay-le-Château (Allier).
Société de Médecine de Pau (Basses-Pyrénées).

## V. — REGLEMENT

Article premier. — Un Congrès de Médecins Aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France.

Peuvent y adhérer non seulement les Médecins Français, mais aussi les Médecins des pays de langue Française.

La durée du Congrès sera de six jours.

Art. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

Art. 3. — La première séance sera ouverte par le Président du Bureau du Congrès de l'année précédente, bureau qui a été constitué en Comité d'organisation de la nouvelle session.

Immédiatement après l'ouverture de la séance on procèdera à la nomination d'un nouveau Président, de Vice-Présidents en nombre indéterminé, d'un Secrétaire général et de Secrétaires des séances.

On nommera également des Présidents d'honneur.

Art. 4. — Le Bureau nommé a la direction des travaux du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

Art. 5. — Les membres adhérents Français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques Françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

Art. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

Art. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le Secrétaire en tiendra lieu.

Art. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

Art. 9. — Un compte-rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du Bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

Art. 10. — Le Bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue le Comité d'organisation du Congrès de l'année suivante en s'adjoignant les Médecins Aliénistes de la ville où il doit se réunir.

---

## VI. - COMPTE-RENDU FINANCIER du CONGRÈS de BRUXELLES

### (XIII^e Session — 1903)

### RECETTES

| | |
|---|---|
| 297 Cotisations à 20 fr | 5.940f » |
| 4 Cotisations à 10 fr | 40 » |
| Subside du Gouvernement Belge | 5.000 » |
| TOTAL DES RECETTES | 10.980f » |

### DÉPENSES

| | |
|---|---|
| Excursions : Chemins de fer et bateau | 2.980f 34 |
| Banquet : Invités et Orchestre | 190 » |
| Employés du Palais des Académies, drapeaux, etc | 250 » |
| Impression des circulaires, papiers, avis, etc | 371 40 |
| Invitations, cartes de Membres, programmes, etc | 315 75 |
| Frais de Bureau, timbres, etc | 435 60 |
| Impression des trois rapports, à 800 exemplaires | 2.331 50 |
| Impression du Tome II à 500 exemplaires | 2.220 » |
| Brochage | 310 » |
| Clichés | 210 » |
| Port des rapports et volumes aux membres, à M. Masson, etc. | 602 37 |
| Impression des Résumés | 261 50 |
| TOTAL DES DÉPENSES | 10.478f 46 |

### BALANCE

| | |
|---|---|
| RECETTES | 10.980f » |
| DÉPENSES | 10.478 46 |
| BÉNÉFICE | 501f 54 |

### État de la Caisse du Congrès :

| | |
|---|---|
| Solde créditeur Masson au 20 Juillet 1904 | 1.605f 80 |
| Bénéfice du Congrès de Bruxelles | 501 54 |
| AVOIR | 2.107f 34 |

Dr CROCQ,

*Secrétaire Général du Congrès de Bruxelles.*

## VII. — CHOIX DU SIÈGE DU CONGRÈS.

### NOMINATION DU PRÉSIDENT ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL POUR LE CONGRÈS DE 1905.

Le XIVe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue Française décide que la XVe Session aura lieu à Rennes au mois d'Août 1905.

Il nomme :

*Président :* M. le Dr Giraud, Directeur-Médecin de l'Asile des Aliénés de St-Yon, près Rouen.

*Secrétaire Général :* M. le Dr Sizaret, Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Rennes.

## VIII. — CHOIX DES QUESTIONS ET DES RAPPORTEURS pour le Congrès de 1905.

1re Question. — Psychiatrie : *De l'hypochondrie.*
Rapporteur : M. le Dr Roy, de Paris.

2e Question. — Neurologie : *Des névrites ascendantes.*
Rapporteur : M. le Dr Sicard, de Paris.

3e Question. — Thérapeutique : *Balnéation dans le traitement des maladies mentales.*
Rapporteur : M. le Dr Pailhas, d'Albi.

# PREMIÈRE PARTIE

# COMPTES RENDUS

DES

# SÉANCES

# CONGRÈS

## DES MÉDECINS

# ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

## PAU — 1904.

---

## SÉANCE D'OUVERTURE

(1er AOUT — MATIN)

---

Du jour où les organisateurs du Congrès de Pau eurent informé M. Faisans, maire de cette ville, que les médecins aliénistes et neurologistes avaient désigné la capitale du Béarn pour y tenir leurs assises de 1904, ils eurent la certitude que toutes les difficultés matérielles seraient aplanies ; que la Ville, ainsi que le Département, réserveraient à leurs hôtes un accueil parfait.

C'est grâce à sa haute intervention que l'Administration supérieure du Palais d'Hiver mit généreusement à la disposition du Congrès, pour la durée de la Session, toutes les dépendances de ce vaste monument. Rarement, pensons-nous, nos Congrès ont été et pourront être installés avec autant de confort et de luxe. Et nous remplissons ici un agréable devoir en exprimant notre respectueuse gratitude à M. Faisans et en remerciant également l'Administration supérieure du Palais d'Hiver qui mit tant de complaisance dans sa large hospitalité.

***

A l'extrémité orientale du merveilleux boulevard des Pyrénées, porté sur un kilomètre de longueur par des arceaux géants, d'où

la vue découvre le panorama plein de fraîcheur et de magnificence des vallées, des gaves et des grands monts, se dresse le Palais d'Hiver de Pau, flanqué de blancs et gracieux campaniles, au-devant d'un parc des plus attirants, avec ses grands arbres séculaires, son lac, ses ruisselets aux cascades mignardes, ses échappées pittoresques, ses statues, dont le d'Artagnan, de Desca, anime l'entrée de son geste plein d'humour.

C'est le centre des attractions paloises auxquelles pendant une semaine va s'ajouter la vie du Congrès.

Comme aux jours de grand festival, de longs oriflammes et des gerbes de drapeaux flottent sur les terrasses en gradins qui donnent accès au Palmarium, hall de 1.800 mètres de superficie, abritant sous un vaste dôme de verre teinté en bleu des pelouses aux gazons sans cesse rajeunis, des eaux jaillissantes, des arbres exotiques de la plus belle venue, et des allées charmantes où des foules peuvent circuler à l'aise comme en un square de plein air.

Dans ce vestibule peu banal, les Congressistes, les autorités du Département et de la Ville, les invités apparaissent déjà vers 9 h. du matin, se dirigeant vers la Salle des Fêtes où va être inauguré le Congrès qui y tiendra la plupart de ses séances.

Là encore les fleurs et les plantes de la Ville font fête au Congrès.

Le fond de la vaste et élégante Salle est occupé par l'estrade où siègera le Bureau.

A droite et à gauche, tout le long de la Salle, des plateformes surélevées sont réservées à la Presse et aux services d'organisation. Des salons contigus sont laissés à la disposition des Congressistes. Au centre, pouvant contenir 400 personnes, s'installeront confortablement tous les auditeurs.

Il est presque rempli à la séance d'inauguration.

A 9 h. 1/2, prennent place sur l'estrade : M. Faisans, maire de Pau, présidant la séance d'ouverture, ayant à sa droite M. Gilbert, préfet des Basses-Pyrénées, et à sa gauche M. le Dr Drouineau, inspecteur général des Services administratifs, représentant le Ministre de l'Intérieur. A côté, à droite et à gauche, M. le Dr Brissaud, président du Congrès ; MM. Haffner, procureur général ; Dubois de Lhermont, président du Tribunal ; Truchy, procureur de la République ; le Dr Valery Meunier,

président de la Commission de surveillance de l'Asile ; Cadart, ingénieur en chef du Département ; le Dr Girma, secrétaire général du Congrès.

M. le MAIRE ouvre la séance par le discours suivant :

## DISCOURS DE M. LE MAIRE

Mesdames, Messieurs,

L'honneur que vous avez fait à la Ville de Pau en la choisissant pour la tenue de votre XIVe Congrès l'a vivement touchée et c'est avec un sincère sentiment de gratitude qu'elle vous adresse ses souhaits de bienvenue. Il m'est d'autant plus agréable de les exprimer que l'occasion m'est ainsi offerte de remercier personnellement mon éminent ami M. le Professeur Brissaud qui, en provoquant ce choix, a donné une nouvelle preuve d'affection à ce pays où il a déjà rendu tant de services et qui l'aime et l'honore comme l'un de ses meilleurs enfants d'adoption.

Vous trouverez ici, Messieurs, un Asile qui, depuis sa création, a été l'objet de la constante sollicitude du Département. La Direction actuelle a su le porter à un degré de prospérité qui, à première vue, semblait suffisant aux profanes. Mais M. le Dr Girma et sa Commission de surveillance plaident si bien la cause des malades et prouvent, avec de si bons arguments qu'il ne faut rien négliger pour améliorer leur sort, que le Conseil Général se laisse vaincre sans trop de résistance et délie toujours les cordons de la bourse. Nous serions heureux d'avoir votre approbation, d'apprendre même de vous, qui allez bientôt juger notre œuvre, les nouveaux perfectionnements qu'il serait désirable d'y apporter. Vos indications seront attentivement écoutées comme méritent de l'être toutes celles qui émanent de si hautes compétences.

Je vous convie, Messieurs, à commencer vos travaux. Ils intéressent l'humanité tout entière. Soyez donc assurés qu'ils seront suivis par nous tous avec la plus cordiale et la plus respectueuse sympathie.

M. BRISSAUD, président du Congrès, salue Pau, ville hospitalière.

Il fait l'éloge de son maire, M. Faisans, dont l'administration habile et féconde a pu réaliser tous les embellissements qu'on peut admirer dans cette ville qui, en matière d'hygiène surtout, peut aujourd'hui être citée comme un modèle.

Il y ajoute l'éloge de son frère, M. le Dr Léon Faisans, médecin des hôpitaux de Paris, qui s'est fait une si haute situation dans la capitale, et à qui ses pairs viennent de donner une des plus insignes marques de leur estime et de leur sympathie en

le choisissant pour leur délégué auprès du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Il remercie M. le Préfet pour la subvention généreuse qu'il a inscrite au budget départemental pour la réception du Congrès à l'Asile St-Luc ; M. le Dr Drouineau, délégué du Gouvernement, dont la présence rehausse et stimule les travaux du Congrès, ainsi que les autorités et les personnes étrangères qui ont bien voulu, par leur empressement à répondre à l'invitation du bureau, augmenter par leur présence l'éclat de cette première réunion.

M. L'Inspecteur général DROUINEAU prend la parole :

## DISCOURS DE M. DROUINEAU

Messieurs,

Appelé cette année encore à l'honneur de représenter M. le Ministre de l'Intérieur au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes, je pourrai, après les déclarations que je vous ai plusieurs fois répétées, me borner, à cette séance inaugurale, à vous assurer de ma vive et progressive sympathie et du grand intérêt que je prends à vos travaux. Vous me connaissez assez pour savoir quels sont, à l'égard de vos personnes, de votre œuvre scientifique et administrative, mes sentiments, mes désirs, et il serait sans intérêt pour vous d'entendre, sous une forme plus ou moins heureusement variée, l'expression des mêmes pensées. Quelques mots y suffiraient et vous me sauriez gré, j'en suis certain, d'épargner votre temps et votre attention.

Les circonstances font que je ne puis me résoudre à ce silence relatif ; elles naissent, je le dis de suite, de la personnalité de celui que vous avez choisi pour diriger vos travaux.

L'éminent président que vous avez acclamé l'an passé, à Bruxelles, à ce brillant Congrès, de toute façon remarquable et dont nous conservons fidèlement le plus doux souvenir, M. le professeur Brissaud a tant de qualités que, parlant de lui, je vais offenser, je le sais, sa modestie ; mais j'expliquerai comment je ne suis pas libre de ma pensée et de ma parole et, tout le premier, il m'excusera.

Si, pour vous comme pour moi, M. Brissaud est le neurologiste éminent, le maître aimé et écouté de tous, je passe sous silence la sympathie personnelle dont on ne peut se défendre quand on l'approche, si tout cela l'imposait depuis longtemps à vos suffrages, il semblait que, par un tacite accord, vous réserviez la manifestation dont il devait être l'objet pour le moment où le Congrès se tiendrait dans le Béarn, dans ce beau département que M. Brissaud aime passionnément, à Pau enfin, cette ville si agréable, si reposante, et que la municipalité sait rendre de jour en jour plus séduisante et plus recherchée.

Cette heure est venue et M. Brissaud, le président nécessaire du Congrès de Pau va nous faire les honneurs de son pays et nous montrer avec une véritable joie quelques-uns des merveilleux sites de nos belles Pyrénées. Mais, Messieurs, quand les uns et les autres, vous faisiez autrefois ce sage projet et ce calcul, à la fois logique et intéressé, peut-être n'aviez-vous pas prévu que M. Brissaud comptait en son pays beaucoup d'amis et que ces amis, étant des électeurs, auraient un jour le bon esprit d'en vouloir faire le représentant au Conseil Général. Ils y ont réussi, il y a, je crois, deux ans, à Sauveterre, et voilà qu'il m'est donné pour la première fois de trouver dirigeant vos travaux un membre d'une assemblée départementale, et voilà pourquoi, sans effacer toutes les autres, cette qualité nouvelle de notre président prend à mes yeux plus qu'aux vôtres peut-être une réelle importance.

Étant des psychiâtres expérimentés, vous êtes aussi des psychologues, cela va de soi, et vous ne pouvez vous étonner de cette sorte d'obsession intellectuelle qu'est l'association des idées.

Depuis que je visite les asiles, on m'entretient si souvent, avec tant d'insistance, parfois même de passion, des Conseils généraux ; j'y pense et j'en parle moi-même si fréquemment que le mot seul de Conseiller général éveille en mon esprit un monde de faits et d'idées.

Voyez avec quelle intensité cet émoi devait se produire quand cette qualification s'appliquait à M. Brissaud, qui connaît mieux que personne ce qu'est l'aliéné, quels sont ses besoins, de quels soins il doit être entouré.

Je n'ai pu me défendre, je le confesse, de songer, pensant à lui, combien serait différente, en notre pays, la situation matérielle et morale des aliénés, si, étant données les conditions actuelles de notre législation, les Conseils généraux pouvaient compter dans leur sein beaucoup d'hommes comme M. Brissaud, s'expliquant les réformes que l'évolution scientifique commande dans nos asiles et désirant surtout les voir aboutir.

Ajoutez à cela que cette année même, à l'ordre du jour de vos travaux figure une grave et importante question d'assistance ; déjà, vous avez lu le rapport si documenté, si intéressant, de M. Kéraval, et vous y avez vu que le judicieux rapporteur vous présente en réalité tout un programme d'assistance ; vous le ferez peut-être vôtre en en acceptant les conclusions, et notre devoir, à nous, administrateurs soucieux de vos décisions, sera de le soumettre aux Conseils Généraux et de nous efforcer de le leur faire accepter.

La tâche pourra n'être pas aisée ; elle est certainement inquiétante.

Je vous ai dévoilé, Messieurs, mon état d'esprit, en cette réunion inaugurale, alors que je me retrouve parmi vous, alors que M. Brissaud prend magistralement possession du fauteuil présidentiel et au moment où vont commencer vos travaux.

Vous savez maintenant pourquoi je ne pouvais, devant vous, quel qu'en fût mon désir, contraindre ma pensée et vous dissimuler mes préoccupations. Elles sont si justifiées.

Vous le savez, en effet, par expérience, à quelque moment, sous quelque forme que ce soit, l'assistance aux aliénés se heurte aux Conseils Généraux, c'est là quelle aboutit et s'arrête. Aussi nous pouvons espérer une solution heureuse là où des Conseillers généraux ayant l'autorité scientifique et morale de M. Brissaud, portant autour d'eux la bonne parole, sauront se faire écouter et gagner la cause que nous défendons ici les uns et les autres de façons diverses. Mais là où cet appui, ce précieux concours nous feront défaut, nous pouvons sinon désespérer, craindre au moins l'insuccès et voir se perpétuer des errements déplorables.

Je m'arrête, Messieurs, parce que j'ai conscience que sur cette pente je glisserai aisément.

Il me suffit de vous avoir expliqué pourquoi je voulais apporter aujourd'hui, à M. Brissaud, président du XIVe Congrès et Conseiller général de ce département, mon hommage respectueux comme représentant de l'Administration supérieure de l'Assistance publique.

Je me rappelle qu'à Bruxelles, en cette même circonstance, je disais que c'était pour moi un agréable devoir de saluer l'éminent représentant du Gouvernement Belge dont la présence fortifiait l'autorité morale du Congrès ; je fais aujourd'hui une déclaration analogue et je voudrais que la présence d'un Conseiller général au fauteuil de la présidence fut l'indice d'une alliance intime et féconde entre les aliénistes et les Conseils Généraux et le premier acte d'une ère nouvelle heureuse et bienfaisante.

M. BRISSAUD, se levant de nouveau, prononce le discours suivant :

## DISCOURS DE M. BRISSAUD

### Éloge de Théophile de Bordeu, Neurologiste.

L'honneur d'inaugurer vos travaux paraît revenir de droit à un savant béarnais dont l'œuvre neurologique est presque entièrement oubliée : Théophile de Bordeu.

Avant lui la physiologie générale du système nerveux n'existait pas. On ne peut dire qu'il la créa ; il l'inventa de toutes pièces. Un petit nombre de faits d'observation lui suffirent ; son mérite fut de les choisir.

Personne ne supposera que j'aie la prétention de révéler aujourd'hui l'existence de Bordeu. C'est une figure trop attachante pour n'être pas présente à toutes les mémoires.

A Versailles, dans un cadre ovale du XVIIIe siècle, un pastel de Latour nous a rendu familière la physionomie de ce médecin, fin clinicien, anatomiste érudit et fécond.

Originaire d'Izeste — à quelques lieues d'ici — il appartenait à une

de ces familles de petite noblesse où l'exercice héréditaire d'une profession utile ornait le blason de son plus beau quartier.

Le père était médecin, le fils le fut aussi. A Montpellier, il étonna ses maîtres qui cherchèrent en vain à le retenir. Pourvu de son diplôme, il revint à Pau et y enseigna, pour continuer de s'instruire, jusqu'au jour où, se sentant prêt, il résolut de tenter à Paris la Fortune : elle l'y attendait pour le combler. Mais quel déraciné supporte l'ennui du terroir? Quel béarnais résiste au vertige attirant de ses montagnes? Et voilà notre Bordeu de retour à Pau où il professe l'anatomie, l'obstétrique, la pathologie.

C'est à cette époque qu'il entreprit, en faveur des Eaux Pyrénéennes la croisade qu'il devait poursuivre jusqu'à la fin de sa vie. Alors prévoyant que le lointain séjour de Pau nuirait à sa propagande, il fixa définitivement à Paris sa résidence. Plus tard, ce choix ne l'empêcha pas d'être investi du titre de surintendant des Eaux d'Aquitaine. Déjà, sous Louis XV, certaines fonctions pouvaient s'exercer de loin. Cependant Bordeu apporta aux siennes un zèle exemplaire ; il visita souvent Bagnères, les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes, Barèges, au grand profit de ces belles stations, car de nombreux malades lui faisaient escorte...

Mais ces souvenirs, penserez-vous, n'ont aucun intérêt d'actualité; leur intérêt est purement local. Bordeu aimait sa petite patrie, ce qui est tout naturel ; il la servait de son mieux et sans arrière-pensée électorale, ce qui est moins vulgaire ; enfin, dans ce pays où le beau marbre n'est pas rare, Bordeu n'a pas de statue, ce qui est invraisemblable ! Je n'insiste pas, car nous ne sommes pas réunis pour un Congrès d'hydrologie.

Au surplus, ce ne sont pas ses travaux d'hydrologie qui ont perpétué le nom de Bordeu ; sa célébrité a une autre origine. Bordeu a inspiré le génie de Bichat ; et Bichat fut le premier à lui rendre hommage. L'idée de la constitution systématique des tissus organisés appartient tout entière à Bordeu. C'est lui qui introduisit ce mot de *tissu* dans le langage anatomique ; c'est lui qui découvrit, en particulier, l'unité de structure du tissu cellulaire et affirma l'existence de toute une pathologie spéciale à ce tissu. Sans la notion préalable de la fixité du type histologique, il est possible que Bichat n'eut pas écrit le *traité des membranes* et que l'anatomie générale n'existât pas encore. Voilà le haut fait de Bordeu, voilà son titre de gloire. On ne s'en rend plus compte aujourd'hui comme il conviendrait ; maints traités classiques d'histologie ont omis le nom de Bordeu.

Pourtant, ne fallait-il pas une audace singulière pour supprimer, d'un trait de plume, *les parenchymes* et les remplacer par un système uniforme, doué de propriétés constantes et partout identiques? C'était comme une profession d'hérésie. Mais, sur ce point, justice a été rendue autrefois à Bordeu... Et nous ne sommes pas un Congrès d'anatomistes.

Si je vous entretiens de Bordeu c'est, Messieurs, que je crois avoir découvert en lui un nouvel avatar, je viens de dire un Bordeu *neurologiste*, tout à fait original et dont l'œuvre, dans son ensemble, annonce

la physiologie des nerfs viscéraux, telle que devaient l'établir définitivement, cent ans plus tard, Magendie, Claude Bernard, Ludwig et Vulpian. A cet égard, Bichat lui-même n'eût pas été en mesure de juger Bordeu. Les temps n'étaient pas accomplis. A présent, l'heure est venue, et l'occasion de ce jour même est propice.

En 1742, lorsque Bordeu soutint à Montpellier sa thèse de licence *de sensu genericè considerato,* le Galénisme venait de subir un assaut terrible. Jusqu'à cette date le Galénisme avait été un dogme, c'était *le dogme;* la médecine ne pouvait pas s'en passer, attendu qu'elle se réclamait encore de ses origines sacerdotales. Elle conservait donc sa fidélité au Galénisme en vertu de ce prétendu respect de la tradition qui, au fond, n'est presque jamais qu'une mauvaise habitude. Cependant, il y avait depuis un siècle quelque chose de changé. Harvey avait déconcerté la foi. Un dogme est intangible; il faut l'accepter en bloc. Toute fissure est présage de ruine. Après Harvey la ruine du Galénisme était fatale.

Mais quel réformateur allait prêcher une nouvelle doctrine — puisqu'il en fallait une — la doctrine nécessaire, indispensable à l'exercice du ministère médical? Un rêveur allemand, Stahl; et au Galénisme succéda le Stahlianisme.

La doctrine de Stahl venait d'être introduite à Montpellier au moment où Bordeu y achevait ses études. Elle arrivait trop tard dans un monde trop vieux. En effet, même à Montpellier, elle ne parvint pas à se constituer en dogme; les conversions étaient lentes et hésitantes. Pour se pénétrer des conceptions biologiques de Stahl, il fallait un recueillement que les plus fervents étaient incapables de soutenir. Ils avaient des distractions au bruit des petites adaptations mécaniques de Boerhaave et des vivisections de Haller. A plus forte raison, Bordeu ne fit-il aucun effort pour croire; il n'essaya pas de prier pour acquérir une foi dont il n'éprouvait pas le besoin. Il avait ce que les pédants de collège appellent un *très mauvais esprit.* Un de ses maîtres, Fizes, disait de lui : « Il était fort docile à l'instruction, mais on le voyait très peu satisfait de l'explication que nous donnions des phénomènes de l'économie animale. » Cette disposition à l'indiscipline n'excluait pas chez notre écolier une sincère admiration pour la grandiose vision de Stahl; il le félicitait en particulier « d'avoir vengé la médecine de l'accusation de matérialisme ». Cependant Bordeu ne retenait de l'animisme que l'existence de l'âme; et, tout chrétien qu'il fut, il continuait de protester contre l'autocratie Stahlienne. Il n'admettait pas la foi scientifique, il n'invoquait pas volontiers l'opinion d'autrui comme un argument. Il déplorait « les suites funestes de la fureur de philosopher d'après l'autorité des Anciens et d'après un tas de raisonnements misérables ».

En somme c'était au principe d'autorité qu'il en avait, sachant bien que ce principe est le premier que tout dogme implique et applique. Il en voyait une manifestation extérieure dans ces attitudes et ces allures de pontife que prenaient les grands maîtres pour se rehausser à leurs propres yeux, c'est-à-dire au détriment des petits praticiens de la

lancette et du bistouri. Il suffisait à ces médecins de s'arroger le droit de philosopher, et ils se seraient crus déshonorés en faisant œuvre chirurgicale. Se rendre utile à autrui par un travail manuel leur paraissait une tâche par trop inférieure à leur mission. Bordeu n'hésita pas; il voulait être investi du titre de médecin-*chirurgien*.

Aujourd'hui, ce petit acte d'affranchissement s'appellerait de la pose; celui-là exigeait un certain courage, et finalement le poseur eut le beau rôle. La tyrannie des préjugés, comme la mauvaise herbe, a des racines profondes. Bordeu ne protesta pas bruyamment contre l'habitude des docteurs qui portaient encore le costume des chanoines à petit collet; mais il trouva naturel de s'habiller sans prétention, comme tout le monde. Un de ses historiographes rappelle que « loin d'affecter les couleurs sombres comme ses confrères qui ont l'air de porter d'avance le deuil de leurs clients, il déposait souvent un habit de canelé gris pour en prendre un noisette galonné d'or ». A cette époque, un médecin ne pouvait manifester plus silencieusement des tendances plus subversives. Mais, chose autrement grave, ce petit Bordeu, à peine licencié, se mêlait déjà d'enseigner la jeunesse. Les démonstrations d'anatomie ne suffisaient pas à son besoin de prosélytisme. Avec une aisance discrète et résolue, il parlait de liberté de penser; et c'étaient ses condisciples de la veille, les néophytes de l'animisme qu'il formait ainsi à l'insoumission!

D'où lui venait un si funeste penchant? Il possédait tout simplement ce sens critique sans lequel il n'est pas de vrai savant, et il n'apercevait pas la nécessité de construire sur les ruines du Galénisme un temple pour quelque superstition nouvelle. Son jugement s'était formé sans doute à la lecture des mauvais livres. Il possédait à fond les sensualistes anglais. C'est de Hobbes qu'il tenait la notion féconde des représentations cérébrales. A Willis il devait la connaissance de la topographie des nerfs crâniens; puis il aimait à dire que Locke, oui Locke, l'auteur de l'*Entendement humain*, était médecin, qu'il avait beaucoup emprunté à La Chambre; qu'il avait eu pour ami Sydenham; qu'il avait profité à Montpellier des lumières de Barbeyrac; enfin, qu'il avait suivi à Paris les leçons d'anatomie d'un médecin hollandais. Il n'y a donc pas à s'étonner que Bordeu, dès ses tout premiers essais, inclinât vers le sensualisme, auquel l'anatomie, la physiologie, la médecine même lui semblaient pouvoir prêter de nouveaux et solides appuis. On retrouve partout chez lui cette influence, qu'il accepte sans la subir. Il étend la formule de Locke aux phénomènes organiques: « Le sentiment revient dans toutes les fonctions, il les dirige toutes, il domine sur les maladies; il conduit l'action des remèdes. »

Locke prétendait que l'étude des sens prime toutes les autres; Bordeu va bien plus loin: les éléments du corps vivant ne sont pas, comme le soutient Haller, simplement irritables, ils sont *sensibles par leur essence*. Ici, la *Cénesthésie* nous apparaît, *moins le mot*, dans toute son évidence, et nous allons la retrouver à chaque page de l'œuvre de Bordeu; toute

occasion lui sera bonne pour soutenir sa thèse et la développer. Même aujourd'hui nul n'a mieux énoncé le problème, nul ne l'a serré de plus près. Qu'on en juge :

Si les éléments du corps vivant sont « sensibles par leur essence », toutes les sensibilités élémentaires qui appellent les réactions motrices (partielles ou générales) exigent autant de foyers de centralisation. Or, Bordeu est plus localisateur que ne l'ont jamais été Broca, Hitzig, Ferrier, Charcot, Pitres. Il a deviné, il a affirmé les localisations des centres viscéraux ; je le cite : « Tout ce qui se passe dans les organes n'est que l'effet, et une *image* de ce qui se passe dans le cerveau, dans lequel les nerfs de la parotide, par exemple, commencent à être tendus avant que la glande agisse et avant même qu'elle soit irritée ; ce qu'on peut appliquer à tous les autres organes. En un mot, nous croyons que la fonction commence d'abord dans le cerveau, qui est partagé *en autant de départements qu'il y a d'organes* et qui est disposé de façon qu'il excite tel ou tel organe ou telle ou telle fonction par ce qui se passe à l'origine des nerfs de l'organe. »

Dans le texte de Bordeu, les mots *image* et *département* sont soulignés. Il ne recourt pas à une métaphore ; il croit fermement au *fait matériel de la représentation,* et il y revient sans cesse.

Mais s'il est à ce point localisateur, il ne conçoit que mieux comment la somme des phénomènes de sensibilité, agissant et réagissant les uns sur les autres, peut se traduire par un fait de conscience générale ; car il assigne, lui aussi, une localisation à l'âme. Toutefois, comme il voit toujours par la pensée la convergence spinale des nerfs de la sensibilité il répand l'âme dans toute la masse des centres nerveux sans en excepter la moelle. Ainsi, il est de 150 ans en avance sur Forel.

Dans tout ce système, la logique des faits l'emporte de beaucoup sur l'imagination. Sans doute Bordeu ne tient pas en mains les preuves qui échapperont encore à toute la suite des siècles. Il n'en a pas moins reconnu l'autonomie respective des parties et leur subordination collective à une oligarchie nerveuse. En cela son polyzoïsme est plus moderne que « cette sorte de panpsychisme » dont Jules Soury fait grief à Haeckel. En effet les éléments n'ont pas, chacun séparément, un rudiment de conscience, et pas plus les organes que les éléments. Bordeu est très explicite sur ce point : « Chaque partie organisée du corps vivant a sa manière d'être, d'agir, de sentir, de se mouvoir : chacune a son goût, sa structure, sa forme intérieure et extérieure, son poids, sa manière de croître, de s'étendre et de se retourner toute particulière ; chacune concourt à sa manière et pour son contingent à l'ensemble de toutes les fonctions et à la vie générale : chacune enfin a sa vie et sa fonction distinctes de toutes les autres... chacune est un animal dans l'animal, *animal in animali.* » Il ne s'ensuit pas que cet individualisme des parties comporte une multiplicité d'embryons de conscience ; la conscience totale, sans laquelle il n'y aurait pas de cénesthésie et qui sans la cénesthésie, n'existerait pas, exige la connexion préexistante de tous les organes ; l'appareil des fibres nerveuses établit cette con-

nexion et la fibre nerveuse remplit le but final. La fibre nerveuse, dit Bordeu « trouve des sujets d'activité dans toutes les parties... dans toutes les viscères dont cette même fibre entretient les mouvements et le sentiment, et qui sont pour elle des sources de sensations journalières et de détails nécessaires à l'harmonie des fonctions ».

Ce sont évidemment les *centres cérébraux* qui, toujours selon Bordeu, règlent cette harmonie. Mais comment va s'effectuer la transmission de leurs ordres? Tout d'abord, il sape à la base l'opinion la plus incontestée ; il s'en prend à Descartes et à tous les disciples de Descartes qui furent ses propres maîtres ; il nie les *esprits animaux*, et à cette théorie surannée il substitue l'hypothèse contemporaine des *vibrations*.

Quelques passages méritent d'être cités : « Nous permettra-t-on de dire comment nous concevons que les fonctions des nerfs peuvent se faire sans le concours des esprits animaux *auxquels il ne nous est plus permis d'avoir recours?...* » « Le filament nerveux pris à part n'est qu'un filament solide » sujet à « des allongements et à des racourcissements alternatifs ; les oscillations vont et viennent pour ainsi dire comme un flux et un reflux ». Ailleurs, il parle, non plus d'oscillations, mais *d'ondulations*. Qu'importe le mot? Le fait en soi, toujours identique à lui-même, est précisément celui auquel s'appliquent, dans nos vocabulaires techniques, les termes d'ondes ou de vibrations nerveuses. Or, si Bordeu, à l'encontre des partisans des esprits animaux admet un phénomène vibratoire et rien de plus, c'est parce que la fibre nerveuse est un filament « solide. »

On reconnaîtra que Bordeu ne marche pas à l'aventure ; il ne perd pas de vue son but, quoiqu'il ne l'atteigne qu'après maints détours. C'est dans son admirable étude sur la position des glandes qu'on le voit accomplir cette évolution si adroite et si sûre. Il vaut la peine de l'y suivre un instant :

On avait cru jusqu'alors — mais surtout depuis les « mécanistes » — que les glandes étaient de simples filtres dont la fonction dépendait des seules propriétés de la membrane filtrante. Des expériences anciennes et quelques-unes relativement récentes, en particulier celle de Sténon et de Bergerus, prouvaient que lorsque les nerfs d'une glande sont coupés, la sécrétion de cette glande est suspendue ; mais on admettait que la suppression du filtrage tenait à certaine détérioration du filtre produite par la section nerveuse ; car les nerfs passaient déjà pour distribuer partout l'essence indéfinissable de la vie.

Du premier coup d'œil Bordeu reconnut le rôle trophique des nerfs. « Il y en a pour la vie et le sentiment de l'organe ; ce sera, si l'on veut, l'usage de la bonne moitié ; mais il reste aussi des nerfs pour quelque chose de plus particulier... une glande vit et existe sans qu'elle fasse actuellement sa sécrétion... la glande a reçu des nerfs pour vivre et pour faire une fonction particulière qu'elle exerce au moyen d'une partie de ses nerfs : c'est la sécrétion. Pour que la sécrétion se fasse, il faut une nouvelle action nerveuse, tout autre que celle de la vie simple. On n'a qu'à se rappeler l'action du laudanum ; il suspend toutes les

sécrétions, comme il suspend bien d'autres fonctions ; il arrête l'action d'une glande comme il arrête celle des organes des sens. L'expérience de Lower qui, après avoir lié les jugulaires d'un chien vivant, vit augmenter la salive, ne prouve rien contre nous ». Et, en quelques mots, il démolit l'appareil mécanique de Boerhaave : « Tout ce qui se sépare dans une glande dont la veine est liée, ne s'y sépare pas à proprement parler, par une sécrétion proprement dite... Les vaisseaux sanguins apportent la matière de la sécrétion, mais les nerfs la font venir, ils la retiennent, ils la choisissent... Les nerfs préparent l'organe et dirigent les humeurs dans ses vaisseaux. »

Cette théorie absolument personnelle de la fonction sécrétoire des nerfs est fondée sur un petit nombre d'observations anatomo-physiologiques qu'on dirait rédigées d'hier. Tout le processus des actes vaso-sécrétoires se développe dans une admirable clarté. Entre les mains de Claude Bernard et de Ludwig l'expérimentation n'a fait que réaliser les prophéties de Bordeu. Actuellement les faits mieux analysés s'énoncent sous une autre forme ; le langage s'est un peu modifié. Mais que dirait-on de mieux et en quels meilleurs termes ? Nos formules sont-elles plus précises et plus vraies que ces aphorismes de Bordeu : « les sécrétions dépendent de l'action des nerfs des glandes,... la sécrétion proprement dite est le choix des humeurs... Elle se réduit à une espèce de sensation... Il y a des temps où les glandes n'agissent point ; leur action est comme périodique,... les passions n'excitent la glande qu'en agissant sur leurs nerfs,... les effets de l'action de l'âme doivent être comptés pour beaucoup dans l'explication des phénomènes des sécrétions et des excrétions » ?

Maintenant arrivons à la mise en train des opérations nerveuses. Claude Bernard et Ludwig nous ont fait voir qu'une glande reçoit dans ses périodes d'activité plus de sang que dans ses périodes de repos, et que cet afflux sanguin est soumis à une influence des centres ganglionnaires du sympathique. Ces centres (qui prévoient les besoins de la glande pour la sécrétion qu'elle doit fournir) mesurent le débit vasculaire conformément à la loi de l'offre et de la demande. Écoutons Bordeu : « La sistole des vaisseaux d'une glande qui est en action est peut-être beaucoup plus forte que lorsqu'elle est relâchée ; la diastole est de même aussi forte à proportion ; c'est pourquoi les humeurs viennent en quantité ; et ceci dépend de l'action des nerfs qui, partant d'un ganglion comme d'un centre, agissent vivement sur les vaisseaux qu'ils accompagnent. » Il y a dans ce passage comme une réminiscence de l'opinion soutenue par Malebranche au sujet de l'action réciproque des nerfs sur les vaisseaux et des vaisseaux sur les nerfs. Mais Bordeu parle de la *diastole des vaisseaux provoquée par un ganglion faisant fonction de centre.* La vaso-dilatation n'a donc pas de secrets pour lui ! et tout cela va rester enfoui dans l'oubli pendant plus d'un siècle...

Pour être complet, il ne manquait à ce chapitre que de déterminer la nature du phénomène nerveux intra-glandulaire. Or Bordeu ne connait pas la constitution des corpuscules de Pacini, mais il sait que les grains

glanduleux sont d'une substance spéciale et il se pose la question que voici :

« Cette substance ne forme-t-elle pas des espèces de houpes nerveuses ou des faisceaux de vaisseaux capillaires ? Voilà ce qui n'est pas bien éclairci... Pourquoi ne pourrait-on pas croire que ces filaments sont de petits vaisseaux des artérioles ou des nerfs, ou des vaisseaux sécrétoires?... Peut-être ces houpes sont-elles, en effet, l'organe principal de la secrétion ? Qu'on conçoive qu'elles nagent ou qu'elles trempent dans les follicules pleins d'humeur... lorsqu'elles viendront à s'étendre, comme font les houpes nerveuses du tact, alors les vaisseaux artériels regorgeront plus de liqueurs, les sécrétoires s'ouvriront, leur extrémité pendante exercera ce que nous avons appelé la sensibilité ; et la sécrétion ou le choix de l'humeur se fera comme il faut. »

J'avoue pour ma part ne pas connaître d'exemple plus étonnant de divination scientifique. Non seulement Bordeu attribue un rôle primordial aux nerfs ganglionnaires dans l'appel du sang vers les glandes, mais il prévoit que l'ordre, venu du ganglion, ne peut être suggéré à ce dernier que par un avertissement de la sensibilité ganglionnaire. Et cette sensibilité comporte des appareils spéciaux constitués par des nerfs sécrétoires, des houpes nerveuses des organes du tact! Quelle vue de l'au-delà lui a fait apercevoir les corpuscules de Pacini découverts par Krause dans le pancréas ?

Et comme toute réaction, partie du ganglion ou d'ailleurs, est motrice par définition, l'influence du nerf sécrétoire va en outre se manifester par un phénomène complémentaire d'activité musculaire : « *Les nerfs,* ajoute Bordeu, ont deux usages dans un muscle : le premier, de faire LA VIE proprement et le second de faire le mouvement musculaire ; de même ceux d'une glande ont aussi deux usages... » Et il imagine qu'une sorte de régulateur modifie le diamètre des orifices. « Ces orifices sont munis chacun de leur espèce de petit sphincter et de quelques fibrilles nerveuses ; ils pourront donc se serrer ou se dilater selon les besoins, et cela arrivera suivant l'irritation faite aux nerfs. Le sphincter dirigé par des nerfs *pour ainsi parler attentifs* — et insensibles à tout ce qui ne les regarde pas, ne laissera passer que ce qui aura donné de bonnes preuves. »

On pourrait croire en vérité qu'il n'y a dans toute cette combinaison qu'une hypothèse heureuse suggérée par une ingéniosité exceptionnelle. Il n'en est rien. L'horizon de Bordeu atteint les extrêmes limites de notre neurologie, celle d'hier, qui absorbe jusqu'aux troubles trophiques généraux produits par l'altération des sécrétions internes.

Il sait que le sang n'est pas partout homogène : « Le sang a des qualités particulières qu'il a acquises dans le tissu des parties d'où il revient. Je tiens enfin comme un fait médicinalement démontré cette assertion sur *les émanations continuelles que chaque organe envoie dans le sang*... le sang roule toujours dans son sein *des extraits* de toutes les parties organiques, qu'encore une fois on ne me ferait jamais regarder comme inutile pour l'accord de la vie du tout... C'est au

milieu de ces corpuscules si variées que la nature travaille à ses opérations les plus précieuses, l'accroissement du corps et sa conservation... » Aurait-il donc entrevu le myxœdème? Et l'idiotie myxœdémateuse ?

Qu'en pense notre collègue Bourneville ?

Et qu'en penserait Brown-Séquard ? Car enfin, Bordeu a connu le fameux « reflux » dans les hommes qui jouissent de tous leurs droits naturels : « Il irrite et stimule toutes les fibres, produit des effets admirables ; c'est comme un stimulus particulier de la machine, qui renouvelle et remonte la vie et le tempérament. »

Mais comment s'exerce ce stimulus ? Toujours par la sensibilité : « L'action nerveuse et l'influence de la partie sensible éclairent tout dans l'animal vivant. »

Si aujourd'hui cette partie si étonnante de l'œuvre de Bordeu est méconnue, il n'en fut pas de même à l'origine. La Faculté de Montpellier ne pouvait se méprendre sur la valeur du jeune maître qu'elle avait formé. La preuve en fut bientôt éclatante : le rôle de la sensibilité allait devenir prépondérant dans le néovitalisme de Barthez ; et, dès l'année 1751, lorsque Bordeu abandonnait définitivement sa province pour Paris, il n'avait pas le souci de se faire connaître dans la capitale ; il était déjà célèbre.

Au moment même où il y arrivait, un grand mouvement agitait l'esprit public. Les Libertins avaient fait école. Sous la poussée de ce petit groupe d'intellectuels à larges vues, la philosophie s'était orientée vers un nouveau but. De tout son passé elle ne conservait que le nom, qu'on appliquait à d'autres efforts de la pensée. Non seulement les superstitions étaient dénoncées, mais toute orthodoxie était suspecte. Diderot osait prétendre que le scepticisme est le premier pas vers la vérité. D'Alembert venait d'écrire le *Discours Préliminaire ;* deux volumes de l'*Encyclopédie* étaient sous presse ; mais il s'en fallait que tous les articles fussent distribués. Bordeu était un collaborateur désigné d'avance ; on lui proposa l'article *Crises*. Il l'accepta pour démontrer que les jours critiques n'existent pas : le pronostic médical ne se fonde pas sur des chiffres ou des dates fixes ; seul « le médecin dogmatique se croit dans le même cas qu'un astronome certain de l'exactitude de ses calculs ». Nous nous demandons pourquoi l'article *Sensibilité* ne fut pas réservé à Bordeu. Ce fut son élève Fouquet qui le signa ; mais de la première à la dernière ligne de cette habile synthèse, le véritable auteur se révèle. On y distingue les premiers linéaments de la psychophysique ; et si la sensation n'est pas encore définie, suivant la formule de Fechner, le logarithme de l'excitation, du moins reconnaissons-nous cette grande loi introduite dans la physiologie générale par J. Muller : que les sensations relèvent moins de la nature de l'excitation que des propriétés spécifiques des nerfs excités.

Bref il était impossible que la *Coterie encyclopédique* comme on disait alors, n'accueillit pas le protagoniste du sensualisme nouveau ; il arrivait à point nommé. Le sensualisme philosophique semblait

avoir dit son dernier mot. Mais quel secours inespéré ne devait-il pas attendre du sensualisme physiologique de Bordeu ?

Faut-il croire à une simple coïncidence? Le 18 mars de cette même année, 1751, en pleine Sorbonne, l'abbé de Prades soutenait une thèse de doctorat où s'étalait en toute innocence le matérialisme le plus monstrueux : « Toutes les connaissances de l'âme tirent leur origine des sensations, ainsi que les rameaux du tronc d'un arbre fécond. » Au cours de la soutenance, la candeur exhibitionniste de l'impétrant fut même à ce point sublime que les juges ne comprirent qu'après coup, tant il est vrai — si le proverbe ne ment pas — que l'entière nudité n'offense pas la pudeur. La suite se devine. Mais la condamnation canonique n'atteignit pas seulement l'abbé de Prades; tous les auteurs de l'Encyclopédie furent frappés en masse, y compris Bordeu, qui connut trop tard le danger d'écrire sur les Crises, sur la position anatomique des glandes et sur les Lois générales de l'innervation.

Messieurs, après cette esquisse de Bordeu neurologiste, j'aurais voulu vous présenter Bordeu psychiâtre. Il m'a fallu y renoncer, et ce n'est pas ma faute, c'est la sienne.

Les circonstances lui eussent permis de l'être. Il était d'un pays où la folie épidémique n'avait pas cessé de sévir. Était-ce le Démon du Midi dont parle l'Ecriture, qui parcourait alors le pays de Labourd, la Navarre, le Béarn? Cette belle et paisible région était un des derniers repaires de la démonopathie, de la démonolâtrie, de la sorcellerie, toutes maladies identiques entre elles; et les médecins mêmes partageaient les illusions populaires. Jean Wier était récusé. On ne jurait que par le grand Fernel et le grand Ambroise Paré, pour qui les convulsions démoniaques n'étaient pas des troubles morbides, mais des signes de possession satanique. Du vivant de Bordeu, Hoffmann, le maître écouté et respecté entre tous, croyait aveuglément à ces légendes : celles que devait inventer l'autre Hoffmann, le conteur fantastique, étaient moins dangereuses. Elles n'exploitaient pas l'ignorance et la peur. En tout cas, Bordeu connaissait mieux que personne la Maladie des Basques et tous sorciers, meneurs de sabbat, thaumaturges ou diaboliques faiseurs de miracles. Chrétien sincère, il disait que « les miracles avaient cessé d'être nécessaires du jour où il ne s'agissait plus de poser les fondements inébranlables de la religion ». Peut-être s'aventurait-il un peu en soutenant que « la médecine est à portée de juger les miracles », c'est-à-dire de décider entre le bon Dieu et le Diable, problème délicat. Mais, comme il avait lu Montaigne, il pouvait croire, lui aussi, que « c'est estimer ses conjectures à bien haut prix que d'en faire cuire un homme tout vif ».

Tout porte à supposer qu'il ne vit cuire personne. Mais l'année même où paraissait le mémoire dans lequel il se révélait neurologiste, l'année de la thèse de l'abbé de Prades, l'année de l'Encyclopédie, en 1751, une loi condamnait les bergers à neuf ans de galères pour simple menace de jeter un sort.

Bordeu s'est prononcé plus d'une fois sur le caractère morbide de

toutes ces formes de la crédulité humaine. Devinerait-on cependant le genre de souci qu'il en éprouvait ? « Dans ces lieux escarpés et éloignés de toute habitation, où la nature fait jaillir les sources thermales », on rencontrait « des boucs et des chèvre-pieds. » Les devins et les astrologues en tiraient de mauvais présages. Ces causes, dit-il, « concouraient à détourner l'attention des médecins de l'emploi des eaux, et donnaient aux peuples une impulsion contraire aux voyages et aux essais de ces eaux ».

A cet aveu dénué d'artifice nous reconnaissons le bon Surintendant des Eaux d'Aquitaine.

Messieurs, je m'en voudrais de terminer sans rappeler ici que le système physiologique de Bordeu détermine le plan de la nosographie philosophique de Pinel. Ce nom illustre efface tous les autres. Est-il juste cependant qu'il en soit ainsi ? Je sais qu'il y a des partisans de l'anonymat scientifique. Le progrès étant, par excellence, l'œuvre de tous, la priorité absolue n'appartient à personne et il faut oublier les noms. Ce principe collectiviste n'a pas besoin d'être érigé en loi. Le temps se charge de l'appliquer, et les précurseurs auront toujours tort. Heureux l'historien qui plaide assez chaleureusement leur cause pour restituer à leur mémoire une demi-heure d'immortalité. J'aurais voulu, Messieurs, y réussir, en vous parlant de Théophile de Bordeu.

Après ces discours, salués par l'Assemblée des plus vifs applaudissements, M. le Maire lève la séance.

A l'issue de cette première réunion, les Congressistes se dirigent vers le Château Henri IV dont la visite est inscrite au programme de cette matinée. *(Voir les comptes-rendus à la 2e Partie.)*

# SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(1er AOUT — 2 HEURES)

**Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.**

---

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR RÉGIS

M. le Professeur FRANCOTTE, Président du dernier Congrès tenu à Bruxelles, à qui incombait le rôle d'ouvrir cette première séance des travaux du Congrès de Pau, s'excuse par une lettre parvenue à M. le Professeur Brissaud de ne pouvoir, par suite de maladie survenue dans sa famille, s'absenter de Liège pendant cette semaine. Il salue son éminent successeur à la présidence de la XIVe session dont il souhaite le succès.

En son absence, M. RÉGIS, qui présida l'avant-dernier Congrès tenu à Grenoble, transmet le pouvoir de la présidence à M. le Professeur Brissaud, dont il fait le plus vif éloge.

***

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Après des remerciements adressés à M. le Dr Régis, M. le Professeur BRISSAUD propose d'envoyer à M. le Professeur Francotte le télégramme suivant :

« *Professeur Francotte, Liège.*

« Président, Bureau et Membres du Congrès de Pau adressent » au Professeur Francotte l'expression de leurs vifs regrets » pour la santé des siens et lui renouvellent leurs sentiments de » reconnaissance pour l'admirable accueil reçu l'an dernier à » Bruxelles. »

Cette proposition est acceptée aux acclamations unanimes du Congrès.

Peu de temps après arrivait de Liège la réponse télégraphique ainsi conçue :

« Très sensible à la marque de sympathie des Président,

» Bureau et Membres du Congrès, le Professeur Francotte leur » exprime sa vive gratitude. »

Il est ensuite procédé à la nomination des Présidents d'honneur et des Vice-Présidents.

Sont nommés :

*Présidents d'honneur :*

MM. l'Inspecteur général Drouineau, délégué du Ministre de l'Intérieur.
le Préfet des Basses-Pyrénées.
le Maire de Pau.
Garet, Président du Conseil Général des Basses-Pyrénées.
le Professeur Francotte, de Liège.
le Dr Maxwell, avocat-général de Bordeaux.

*Vice-Présidents :*

MM. le Dr Arnaud, de Vanves, près Paris.
le Dr Noguès, de Toulouse.

*Lettres d'excuses :*

Le Secrétaire général donne lecture de diverses lettres d'adhérents au Congrès qui s'excusent de ne pouvoir assister à ses travaux, celles entr'autres de :

MM. le Professeur Francotte, de Liège.
le Professeur de Nabias, de Bordeaux.
le Professeur Pierret, de Lyon.
le Professeur Joffroy, de Paris.
le Professeur Ladame, de Genève.
le Professeur Mendelsshon, de St-Pétersbourg.
Mottet, de Paris.
Garnier, de Paris.
Marie, de Villejuif.
Trenel, d'Aynay-le-Château.
Enriquez, de Paris.
Farez (Paul), de Paris.
Lamy, de Paris.
Madame de Cossé-Brissac, de Paris.

MM. Piqué, de Paris.
Briand, de Paris.
Lallemand, de Rouen.
Nolé, de St-Alban.
Faure, de Lamalou.

M. le Dr Maxwell, avocat-général à Bordeaux, nommé Président d'honneur, en exprime ses remerciements par la lettre suivante adressée à M. le Professeur Brissaud :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir transmettre à nos confrères du XIVe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française l'expression de mes remercîments pour le choix qu'ils ont bien voulu faire d'un magistrat comme l'un de leurs Présidents d'honneur. Je sais que mes titres personnels ne sauraient justifier un pareil choix : j'y vois l'expression de notre commun désir de voir s'affirmer l'estime et la confiance réciproques entre les magistrats et les médecins, entre les juges des actes et les juges des volontés. C'est la condition nécessaire d'une justice éclairée. Je suis persuadé que l'avenir amènera cette étroite collaboration car je pense, avec beaucoup de mes collègues, que c'est à des psychiâtres, compétents et bien préparés à leur haute mission, qu'il conviendrait de confier exclusivement l'appréciation de l'état mental d'une individualité quelconque soit qu'il y ait à déterminer sa responsabilité pénale, soit qu'il y ait à restreindre sa capacité civile.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et très honoré confrère, l'expression de ma haute considération.

Dr MAXWELL,
*Avocat-général à Bordeaux.*

M. le Dr Crocq, délégué du gouvernement belge, Secrétaire général du dernier Congrès de Bruxelles vient exposer les résultats de sa gestion. *(Voir ce compte-rendu aux Préliminaires).*

Elle fut si remarquablement organisée, cette session de Bruxelles, qui dura près de quinze jours et ressemblait bien plus à un Congrès international qu'à nos habituelles assises, si remplie d'attractions et si fastueuses qu'on devait s'attendre à ce que son brillant Secrétaire général n'eut à représenter qu'une caisse vide, et nul n'aurait eu la mauvaise grâce de s'en étonner.

M. Crocq a trouvé cependant le moyen d'y laisser un fort respectable excédent de recettes. Aussi la révélation de cette situation financière inespérée est-elle saluée par les vivats répétés de l'Assemblée.

M. le Président Brissaud lui en exprime ses félicitations et les remerciements du Congrès.

Il invite M. Arnaud à occuper le fauteuil présidentiel.

***

Présidence de M. ARNAUD, Vice-Président.

Après avoir remercié le Congrès de l'avoir nommé Vice-Président, M. Arnaud donne la parole à M. Deny pour le résumé de son rapport sur les *Démences Vésaniques*.

# LES DÉMENCES VÉSANIQUES

## Résumé du Rapport présenté par M. le Dr DENY, Médecin de la Salpêtrière.

Sous le nom de *démences vésaniques,* on désigne généralement les états d'affaiblissement permanent, progressif et définitif des facultés intellectuelles, morales et affectives, consécutifs aux psychoses.

Les démences vésaniques sont donc des affections essentiellement *secondaires,* et il semblerait, d'après cette définition, qu'on dût en décrire autant de types qu'il y a de psychoses pouvant les précéder.

Théoriquement vraie, cette proposition ne l'est plus pratiquement, parce que les démences consécutives ou secondaires finissent toutes à un moment donné par se ressembler et se confondre, au point qu'il devient très rapidement impossible de reconnaître l'affection initiale dont elles dérivent. Aussi se borne-t-on, en général, à étudier en bloc toutes les démences vésaniques, qu'elles soient secondaires à la manie, à la mélancolie, aux psychoses dégénératives, etc., de même que, sous le

nom de *démences névrosiques,* on réunit les états démentiels qui succèdent à l'épilepsie, à la chorée, etc., etc.

Dans le récent traité de pathologie mentale de M. Gilbert Ballet, M. Arnaud distingue seulement, suivant la période de la vie à laquelle elles apparaissent, deux formes — l'une *tardive* et l'autre *précoce* — de démence vésanique.

Si séduisante que soit cette conception qui, de l'ancienne entité morbide de Pinel et d'Esquirol, ne fait plus qu'un simple stade terminal des psychoses de l'âge mûr ou de la vieillesse (démence vésanique tardive), de l'adolescence et de la jeunesse (démence vésanique précoce), nous ne croyons pas qu'elle corresponde à la réalité des faits et qu'elle puisse se concilier avec les idées nouvelles en psychiâtrie.

Nous exposerons d'abord les raisons *cliniques, anatomiques* et *étiologiques,* qui empêchent de considérer l'affection étudiée, surtout en Allemagne, depuis une dizaine d'années — et aujourd'hui universellement connue sous le nom de *démence précoce* — comme une simple démence vésanique rapide (G. Ballet), consécutive aux psychoses de l'adolescence ; nous examinerons ensuite si la théorie de la démence vésanique tardive est plus justifiée, et s'il n'y aurait pas lieu, au contraire, de rayer définitivement du cadre des maladies mentales l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires.

***

*Française* par ses origines, mais incontestablement *allemande* par les développements scientifiques qu'elle a reçus outre-Rhin depuis une dizaine d'années, la démence précoce est essentiellement caractérisée par un affaiblissement spécial et rapidement progressif de l'ensemble des facultés intellectuelles, qui atteint de préférence les jeunes sujets, s'accompagne presque toujours de troubles psychiques variés et se termine dans l'immense majorité des cas par la perte complète de la raison.

Le début de l'affection est habituellement marqué par des troubles névropathiques protéiformes (céphalée, neurasthénie, crises convulsives, etc.) suivis d'*accidents délirants polymorphes,* mais offrant néanmoins certains caractères particuliers.

A sa période d'état, la maladie s'affirme par un affaiblissement caractéristique des facultés intellectuelles, auquel se surajoutent, dans la grande majorité des cas, des états de dépression, d'excitation, de confusion, de stupeur, des conceptions délirantes ou des troubles sensoriels.

L'affaiblissement des facultés, qui constitue le symptôme fondamental de la démence précoce, quelle que soit sa forme, présente des caractères spéciaux qui le différencient nettement des autres états démentiels.

Le premier de ces caractères est d'être *primitif,* c'est-à-dire qu'il entre le premier en scène et précède pour un observateur attentif toutes les autres manifestations de la maladie. En second lieu cet affaiblissement est *global,* car il se montre d'emblée diffus et généralisé aux trois grandes facultés psychiques (sensibilité, intelligence et volonté) ; mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable spécificité, — il est *électif,* parce que, tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques, il ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré.

Le déficit intellectuel des déments précoces, en effet, incomplet quoique global au début de l'affection, se manifeste d'abord dans la sphère des sentiments affectifs et moraux et ne s'étend que plus tardivement à celle de l'activité volontaire et à celle des facultés intellectuelles proprement dites, pour devenir total, lorsque, par les progrès de la maladie, toutes les facultés sont anéanties.

Cette action élective assigne à la démence précoce une place distincte à côté des deux autres grandes démences, la *paralysie générale* et la *démence sénile,* puisque, primitives et globales toutes les trois, elles diffèrent cependant foncièrement en ce que les facultés affectives sont lésées d'une façon prépondérante dans la démence précoce, les facultés intellectuelles proprement dites dans la paralysie générale et la volonté dans la démence sénile.

Les troubles de la *sphère affective et morale* des déments précoces se produisent par une *apathie* et une *indifférence émotionnelle* absolues. Cette indifférence s'étend à tout et à tous ; il n'y a plus pour de tels malades ni joie, ni tristesse, ni désir, ni crainte. Jamais ils ne réclament leur sortie de l'asile où ils sont internés, ni la visite de leurs parents ; ils restent complètement étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux,

n'ont plus aucune espèce de notion des convenances et n'hésitent pas à commettre en public les actes les plus dégradants.

A ces troubles de la vie affective, qui dénotent une disparition complète de la sensibilité morale, liée elle-même, bien entendu, à un affaiblissement déjà notable de l'intelligence, viennent bientôt s'ajouter des désordres de l'*activité motrice et volontaire* qui rendent le tableau de la maladie encore plus saisissant.

Naturellement, c'est par défaut que l'activité volontaire est troublée, mais la volonté n'est pas seulement lésée comme faculté de se décider à une action ; elle est encore perdue comme pouvoir d'arrêt des mouvements automatiques qui sont presque toujours conservés et surtout exagérés.

C'est à la réunion de ces troubles de l'activité volontaire et automatique que l'on a donné le nom de *syndrome catatonique*. Les principaux éléments de ce syndrome sont des phénomènes d'opposition plus connus aujourd'hui sous le nom de *négativisme;* des phénomènes de docilité auxquels s'applique le terme de *suggestibilité*, et enfin des *stéréotypies*.

Le *négativisme* se caractérise à son degré le plus léger par la lenteur, la contrainte et l'hésitation des mouvements commandés, et plus tard par une inertie et une inaction complètes. Plongés dans la stupeur, les malades restent immobiles et comme figés durant des journées entières dans la même position et opposent à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une résistance invincible, conséquence de leur *activité négative*.

Les manifestations de la *suggestibilité* consistent tantôt dans une simple docilité ou une sorte d'*activité imitative* des sujets, qui exécutent les actes les plus baroques qu'on leur ordonne, copient mutuellement leurs poses et leurs attitudes, conservent les positions qu'on imprime à leurs membres *(catalepsie)*, répètent les mots prononcés devant eux *(écholalie)*, reproduisent les gestes qu'ils voient faire *(échomimie, échopraxie)*, etc.

L'affinité de ces deux groupes symptomatiques n'est pas contestable, car on les voit souvent alterner ou coexister chez les mêmes malades ; tous deux, du reste, peuvent être rapportés à un même processus psycho-pathologique fondamental, la perte de l'activité volontaire en même temps que la persistance d'une certaine activité automatique, irraisonnée et inconsciente.

La désagrégation psychique de ces sujets s'accuse encore par l'apparition des phénomènes de *stéréotypies*, qui consistent,

comme on le sait, dans la répétition incessante et indéfinie des mêmes gestes, des mêmes mots, qui s'intercalent dans toutes les phrases, des mêmes grimaces et des mêmes tics, des mêmes façons bizarres, affectées ou maniérées, de parler, de marcher, de s'asseoir, de manger, etc. A côté des stéréotypies, et comme autres manifestations de l'exagération de l'automatisme chez les déments précoces, il nous faut encore signaler leur besoin continuel de mouvements, leurs gesticulations désordonnées, sans but, sans troubles émotionnels adéquats, leur impulsivité, leurs fugues irrésistibles, leurs explosions de rires ou de pleurs, etc.

Quant aux modifications de la *sphère intellectuelle proprement dite,* elles se manifestent par des *troubles de l'attention, de la mémoire, de la réflexion, du jugement, de l'association des idées,* etc.

Les malades sont incapables de s'appliquer à aucun travail, de lire, de fixer leur esprit sur un objet. S'ils conservent, en général, assez bien le souvenir des faits anciens, ils ont complètement perdu la faculté de fixer de nouvelles images, ainsi que cela apparaît clairement dans leur *verbigération écrite* ou *parlée,* leur *jargonaphasie,* leurs *néologismes,* etc. La plupart des déments précoces (les déments paranoïdes exceptés) n'ont aucune notion du temps ; ils ne savent ni leur âge, ni le millésime de l'année ; leur langage, en outre, est d'une incohérence déconcertante, qui prouve que l'association, l'enchaînement normal des idées n'ont plus lieu que par assonance de certains mots, par des rimes, des synonymies et aussi par antithèse, par opposition, l'émission de certains mots évoquant immédiatement un mot de signification contraire.

Tels sont les principaux aspects sous lesquels peut se présenter l'affaiblissement des facultés psychiques chez les déments précoces. Cet affaiblissement constitue, ainsi que nous l'avons déjà signalé, le fondement même de la maladie, ce qui veut dire qu'il en est à lui seul la condition nécessaire et suffisante.

Lorsqu'il existe à l'état isolé pendant tout le cours de l'affection, sans conceptions délirantes, sans hallucinations, sans excitation ni dépression, on se trouve en présence d'une forme atténuée ou fruste de la maladie (*forme simple* de M. Sérieux, *hébéphrénie mitigée* de M. Christian).

Les autres variétés aujourd'hui classiques de la maladie, l'*hébéphrénie*, la *catatonie* et la *démence paranoïde*, empruntent leur dénomination à la superposition, à cet affaiblissement intellectuel, de troubles psychiques variés : *conceptions délirantes, hallucinations, états d'excitation, de dépression et de stupeur* que nous allons rapidement passer en revue.

C'est surtout dans l'hébéphrénie et dans la démence paranoïde de Kräpelin que s'observent des troubles sensoriels et des conceptions délirantes.

Ces conceptions délirantes ne présentent rien de spécial en ce qui concerne leur contenu : les plus fréquentes sont des *idées de richesse, de grandeur ou de persécution*, parfois aussi des *idées hypocondriaques, mystiques, érotiques*, etc. ; elles sont foncièrement polymorphes et asystématiques, au moins dans l'hébéphrénie et la première variété de la démence paranoïde (démence paranoïde simple), qui comprend les formes décrites en France sous le nom de *délire polymorphe des dégénérés*, de *délire d'emblée*, etc., en Allemagne sous celui de *paranoïa aiguë*. Par contre, dans la deuxième variété de démence paranoïde, — forme dans laquelle M. Kräpelin a fait rentrer tous les *délires systématisés hallucinatoires*, y compris le *délire chronique* de Magnan, — ces idées délirantes sont un peu moins mobiles, plus cohérentes et peuvent même offrir un certain degré de systématisation.

Les *réactions psycho-motrices* les plus variées (excitation, dépression, stupeur) peuvent s'observer dans toutes les formes de démence précoce, mais c'est dans la variété catatonique qu'elles jouent un rôle tout à fait prépondérant.

Ordinairement, passagers, transitoires et éphémères dans l'hébéphrénie et surtout dans la démence paranoïde, les états d'excitation, de dépression ou de stupeur peuvent, au contraire, persister sans la moindre modification pendant des semaines, des mois et des années, dans la catatonie.

L'*excitation* se traduit par un verbiage incohérent dans lequel les mots s'accolent les uns aux autres sans aucune suite *(salade de mots)*, dont certains sont employés à contresens, d'autres déformés *(jargonaphasie)*, forgés de toutes pièces *(néologismes)* ou répétés à satiété *(verbigération)*. Le désordre qu'on observe dans les discours des déments précoces excités se retrouve dans leurs attitudes, leurs actes et toute leur manière d'être.

Outre leur physionomie mobile, leurs cheveux en désordre, les femmes (visées surtout dans cette description) affectent de se montrer complètement nues, ou se drapent à l'antique dans leurs couvertures, prennent des attitudes de sphinx, de prédicateur, d'athlète, etc.

Lorsque à cette agitation motrice fait place une période de calme et de répit, les malades se dissimulent complètement sous leurs draps, le tronc et les membres repliés sur eux-mêmes, les genoux touchant souvent le menton, la tête toujours enfouie au milieu du lit.

Malgré leur calme apparent, ces aliénées diffèrent totalement de celles qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur, parce que, à l'encontre de celles-ci, brusquement, instantanément, elles s'élancent hors de leur lit et recommencent toute la série des extravagances signalées plus haut.

Leurs compagnes en état de stupeur gardent, au contraire, invariablement la même position : levées ou couchées, elles restent durant tout le jour immobiles, raidies, figées, le plus souvent dans des attitudes pénibles ou fatigantes, la physionomie inerte, le regard vague, la tête légèrement inclinée, les bras ramenés le long du tronc, les membres tantôt résistants, impossibles à déplacer, tantôt mous, flasques et conservant les attitudes qu'on leur donne. Insensibles à toutes les excitations extérieures, les malades en état de stupeur *voient, entendent, comprennent,* et cependant elles ne répondent pas aux questions et se montrent incapables d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de donner la main. Place-t-on entre les mains d'une semblable patiente un crayon, un objet quelconque, elle le laisse échapper ou le tient machinalement sans chercher à se rendre compte de son usage, comme dans les cas d'abolition du sens stéréognostique. Cet état d'indifférence et d'incuriosité de la *main négativiste* est une confirmation de la loi de MM. Brissaud et P. Marie : il prouve que l'appétit de la fonction est étroitement lié à l'intégrité de son exercice et que, au moins dans le domaine de l'activité psychique supérieure, la perte des moyens d'exécution peut entraîner l'oubli même de la fonction paralysée.

Dans les cas de stupeur complète, les injonctions, les sollicitations les plus pressantes ne sont suivies d'aucune réaction motrice ou vaso-motrice. On peut alors diriger contre les

malades la pointe d'un instrument tranchant, toucher leurs globes oculaires ou la pointe de leur langue avec l'extrémité d'une aiguille sans qu'ils donnent le moindre signe de frayeur.

Seule la *réflectivité automatique* persiste, la *psycho-réflectivité* fait défaut.

Ces états de stupeur, comme ceux d'excitation dont nous venons de parler, peuvent s'observer en dehors de la démence précoce, mais c'est seulement dans cette affection qu'ils se présentent sans relation avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment de troubles émotionnels.

Quand on interroge, en effet, les malades, dans leurs périodes de rémission ou dans leurs intervalles lucides, sur la raison des bizarreries de leur conduite et de leurs attitudes, ou bien ils balbutient des raisons insignifiantes, ou bien ils déclarent qu'il leur était impossible d'agir autrement; mais ce qu'ils n'avouent pas, parce qu'ils ne s'en rendent pas compte, c'est qu'ils n'en avaient ni le *désir* ni la *volonté*. Ce qui justifie encore une fois l'opinion de M. Séglas, que la seule explication plausible des symptômes catatoniques ne doit pas être cherchée ailleurs que dans le fonds mental sur lequel ils reposent : fonds commun à toutes les variétés de la maladie et caractérisé surtout par la passivité de l'esprit, la perte de l'activité intellectuelle, la lenteur des processus psychiques et l'affaiblissement progressif de la synthèse mentale.

Il nous restait maintenant, pour compléter le tableau symptomatique de la démence précoce, à passer en revue les *signes physiques* de cette affection, mais comme ils n'ont pas encore acquis une réelle valeur sémiologique, nous nous bornerons à signaler les plus fréquents. Presque tous les auteurs ont constaté *une exagération des réflexes tendineux* chez les sujets en état de stupeur ou de demi-stupeur. Par contre, les *réflexes cutanés* ont été trouvés faibles ou abolis dans la moitié environ des cas. Il en est de même des réflexes lumineux et accommodateur de la pupille. La pupille elle-même offre des dimensions variables ; dans un peu plus des deux tiers des cas, son diamètre serait exagéré.

En outre de ces modifications de la réflectivité, on observe, chez un grand nombre de déments précoces, *de la cyanose et du refroidissement des extrémités, des œdèmes localisés, des*

*infiltrations particulières du tissu cellulaire des extrémités (pseudo-œdèmes* de Dide), des *alternatives d'engraissement et d'amaigrissement rapides* survenant sans cause appréciable (Séglas), du *dermographisme,* des *troubles de la menstruation,* etc., etc.

Le *liquide céphalo-rachidien,* contrairement à ce qui se passe dans la paralysie générale, ne contient pas d'éléments figurés : dans quelques cas, cependant, on a noté l'existence d'une lymphocytose modérée (Camus et Lhermitte). Quant aux *urines,* elles sont généralement diminuées de volume et présentent presque toujours un abaissement de leur teneur en urée, en phosphates et en chlorures. Plusieurs auteurs ont en outre constaté un retard dans l'élimination du bleu de méthylène, ce qui semble indiquer une diminution de la perméabilité rénale.

Les signes physiques que nous venons de passer en revue sont notablement plus fréquents et plus accusés dans les formes catatoniques et hébéphréniques de la démence précoce que dans la forme paranoïde. Ils appartiennent surtout à la période d'état de la maladie et diminuent en nombre et en intensité à la période terminale.

Leur valeur sémiologique est encore actuellement difficile à préciser ; il semble bien cependant, d'après l'étude comparative qui a été faite de ces mêmes signes dans quelques autres formes d'aliénation mentale, qu'ils sont plus nombreux et plus accusés dans la démence précoce que dans les autres psychoses ; mais il faut reconnaître qu'aucun d'eux, pris isolément, ne saurait être considéré comme pathognomonique, et que c'est seulement par leur réunion et leur permanence qu'ils peuvent apporter une utile contribution au diagnostic.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de la démence précoce, telle que nous venons de l'exposer brièvement, est fondée actuellement sur un nombre trop imposant de faits empruntés aux observateurs de tous les pays, pour que le plus léger doute puisse s'élever sur la réalité de cette forme morbide. Aussi bien n'est-ce pas la valeur nosographique de cette affection qui est aujourd'hui en discussion, mais uniquement son autonomie nosologique. Beaucoup d'aliénistes, en effet, tout en reconnaissant que la démence précoce ne laisse rien à désirer au point de vue symptomatique, se refusent à la considérer comme une maladie autonome et tendent à la faire rentrer dans le groupe

des *folies dégénératives* ou *héréditaires*, parce qu'elle n'a pas encore pour critérium des lésions anatomiques indiscutables ou une étiologie spéciale.

« Le problème étiologique, dit M. Gilbert Ballet, me paraît, à l'heure actuelle, le problème capital : la démence précoce est-elle une psychose *accidentelle* ou une psychose *constitutionnelle* ? Voilà le point vif de la question. Suivant la solution qui interviendra, on pourra décider si la description de la démence précoce n'est qu'une amplification nosographiquement plus détaillée de celle déjà donnée par Morel, ou si, au contraire, l'affection doit être élevée au rang d'entité nosologique nouvelle. »

***

On ne saurait nier que, de l'enquête étiologique faite par différents auteurs, il est encore bien difficile de tirer des indications positives sur la pathogénie de la démence précoce ; il nous semble cependant que, parmi les différents facteurs étiologiques le plus souvent invoqués, il en est deux, au moins, qui méritent de retenir l'attention.

Le premier, c'est que chez un assez grand nombre de déments précoces il existe des *antécédents héréditaires névro-psychopathiques ;* le second, que les causes accidentelles qu'on fait le plus volontiers intervenir sont toutes réductibles à un *processus d'auto-intoxication,* dont le déterminisme, à la vérité, n'a pu être encore précisé, mais que l'âge auquel la maladie se développe le plus souvent, permet de rattacher vraisemblablement à un trouble de la sécrétion des glandes sexuelles (testicules, ovaires) pour un certain nombre de cas (la grande majorité) et, pour les autres, à une insuffisance fonctionnelle des glandes hépatiques, rénales, surrénales, thyroïde, etc.

De ces deux constatations, la première, à nos yeux, signifie simplement qu'une prédisposition est indispensable au développement de la démence précoce.

A vrai dire, cette prédisposition aurait pu être admise *a priori,* personne aujourd'hui ne mettant en doute qu'une sorte de consentement de l'organisme est nécessaire pour qu'une maladie s'installe et persiste.

Dans la démence précoce, cette prédisposition pour les deux

tiers des cas, est fonction de l'hérédité ; pour le dernier tiers, on peut admettre, bien que le fait ne puisse pas toujours être mis en évidence, qu'elle a été réalisée par des maladies du premier âge, une hygiène défectueuse, etc., etc. Cela étant, est-il possible d'aller plus loin et de soutenir par exemple que l'hérédité est la cause unique de la maladie ou, en d'autres termes, que la démence précoce est « une psychose de développement (Clouston) ou une psychose dégénérative d'évolution dans laquelle l'imperfection constitutionnelle, substratum primordial et préexistant, manifesterait sa fragilité sous l'influence et à un moment quelconque de la phase d'ascension de l'organisme ; elle prendrait place à ce titre parmi les psychoses des dégénérés ».

M. Régis, auquel nous empruntons ces lignes, s'élève contre cette doctrine. Tous les déments précoces, dit-il, ne sont pas des dégénérés, tant s'en faut, et tous n'ont pas succombé dans la période, même agrandie, de leur accroissement évolutif.

Non seulement tous les déments précoces ne sont pas des dégénérés, mais ce n'est que l'infime minorité d'entre eux qui peut prendre place dans cette catégorie de malades *ab ovo*.

M. Kraepelin a établi en effet que dans 20 % seulement des cas on constatait les manifestations de la tare dégénérative. De même pour M. Christian, les enfants qui doivent devenir des déments précoces ne se distinguent pas des autres ; ils ne présentent ni tics, ni perversion morale, ni bizarreries de caractère, etc.

D'autre part, le niveau mental de ces malades a été trouvé normal dans 66 % et faible dans 7 % des cas observés par M. Sérieux. Sur 100 hommes et 100 femmes atteints d'hébéphréno-catatonie, M. Aschaffenburg déclare que 18 hommes et 13 femmes seulement avaient une intelligence inférieure, sans atteindre l'imbécilité (Sérieux).

M. Levi-Bianchini est encore plus catégorique : la démence précoce, d'après lui, se développe dans la presque totalité des cas (90.4 %) sur une mentalité normale.

Enfin, M. Magnan lui-même a reconnu que les sujets intelligents, dont l'état mental avait été irréprochable pendant leur enfance et leur adolescence, pouvaient sombrer rapidement dans la démence.

On peut donc considérer comme un fait acquis que si la

démence précoce se montre chez les dégénérés, c'est seulement dans un petit nombre de cas. Cette constatation ne porte nullement atteinte à la théorie de l'auto-intoxication ; les tares dégénératives — bien qu'on ait soutenu le contraire — s'observent aussi quelquefois dans la paralysie générale et, cependant, l'origine accidentelle de cette affection n'en est pas moins proclamée par la grande majorité des auteurs. La paralysie générale, a déclaré M. Magnan, est la plus individuelle des maladies mentales.

Nous avons dit, d'autre part, que de notre enquête étiologique résultait la notion que la prédisposition, héréditaire ou acquise, avait besoin d'être actionnée par des causes accidentelles pour réaliser le syndrome clinique de la démence précoce et nous avons émis l'hypothèse que, sous le couvert de masques divers (excès, surmenages, traumatismes, chocs moraux, épuisement, etc.), ces diverses causes, en apparence complexes, formaient un seul faisceau étiologique dont tous les éléments étaient sous la dépendance d'un même processus pathogénique.

L'étiologie est, à vrai dire, impuissante à nous renseigner sur la nature de ce processus, mais peut-être nous sera-t-il possible, en faisant appel à l'anatomie pathologique, de soulever un coin du voile qui le recouvre.

***

Un point qui semble actuellement à l'abri de toute contestation, c'est l'existence d'une profonde *altération de la cellule nerveuse et de ses prolongements* dans tous les cas de démence précoce (Klippel et Lhermitte). On ne manquera pas de nous objecter que la lésion exclusive du neurone n'a pas, par elle-même, une signification absolue, qu'on l'observe dans tous les états démentiels et même dans beaucoup de psychoses.

A cette objection, nous répondrons que si la cellule nerveuse est lésée isolément, c'est qu'elle est le terrain par excellence des réactions les plus délicates et les plus précoces aux imprégnations toxiques (Dupré) et, d'autre part, qu'il n'est pas absolument démontré que les réactions défensives de l'organisme, qu'on a l'habitude d'observer dans tous les processus toxi-infectieux aboutissant à la mort de la cellule, fassent complètement défaut dans la démence précoce.

MM. Alzheimer, Nissl, Bridier et quelques autres auteurs ont noté expressément l'existence de lésions vasculaires, et aussi d'une infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds, de dimensions variables, de nature névroglique ou leucocytaire, qui semblent jouer le rôle de neuronophages vis-à-vis de la cellule nerveuse.

Cette prolifération de la névroglie n'est, du reste, pas niée par MM. Klippel et Lhermitte, mais ils la relèguent au second plan, parce qu'elle était circonscrite et limitée dans les cas qu'ils ont examinés ; mais si cette prolifération n'était pas plus abondante, il faut peut-être en chercher la cause dans la brusque interruption de l'affection par une maladie intercurrente, ainsi que le fait s'est produit chez trois des quatre malades dont ils ont examiné les centres nerveux.

Après les réserves cliniques que nous venons de faire, il est peut-être un peu téméraire d'affirmer avec ces auteurs que dans la démence précoce « la lésion localisée à l'un des tissus de l'encéphale demeure comme un fait indiscutable... et qu'il y a par là une lésion qui appartient à la démence précoce et non à certaines autres démences ».

Dans l'état actuel de la question, nous croyons inutile d'insister davantage sur l'interprétation que sont susceptibles de recevoir des altérations dont le siège, la nature et l'étendue prêtent encore à discussion.

Ce qu'il nous est seulement permis de retenir, en nous en tenant aux constatations les plus récentes, c'est l'analogie — pour ne pas dire la complète identité — de ces lésions avec celles de psychoses dont l'origine toxi-infectieuse ne fait plus de doute pour personne, comme la confusion mentale et la psychose polynévritique (G. Ballet). Dans ces deux ordres de faits (psychose polynévritique et confusion mentale d'une part, démence précoce de l'autre), on note la même intégrité des méninges et des vaisseaux, la même absence de lésions notables de la névroglie, la même localisation du processus à la cellule nerveuse dont les angles sont arrondis, les prolongements plus grêles, le protoplasma granuleux, le noyau excentriquement déplacé, etc.

Il semble donc que, d'ores et déjà, on soit en droit, au nom de l'anatomie pathologique, de distinguer la démence précoce des folies dites dégénératives et de la rattacher avec M. Kraepelin au groupe des maladies mentales dues à une auto-intoxication.

Après les considérations qui précèdent, on nous pardonnera d'être bref sur les arguments cliniques qui peuvent être invoqués à l'appui de l'origine auto-toxique de la démence précoce.

A considérer seulement la lente évolution de la maladie, qui n'aboutit à la perte complète des facultés qu'après une série de crises paroxystiques et de rémissions, on ne peut se défendre de penser à l'intervention d'un processus toxique qui procède par poussées et n'envahit que progressivement, d'une façon inégale et intermittente, l'ensemble des territoires psychiques.

En faveur de cette hypothèse militent encore les accès fébriles, les crises convulsives, les états cataleptoïdes, etc., et, dans le même ordre d'idées, les états de confusion, d'engourdissement, de torpeur, d'onirisme et de puérilisme qui donnent à la maladie un cachet si spécial. Mais comme il n'y a là, en réalité, que des présomptions, mieux vaut se cantonner sur le terrain anatomique.

Or, l'histopathologie actuelle de la démence précoce, même réduite aux constatations de MM. Klippel et Lhermitte, tend à faire admettre l'existence d'une altération de la substance grise du cerveau, et principalement des zones d'association, par des poisons vraisemblablement d'origine glandulaire.

Nous conclurons donc en disant que la démence précoce, tout en restant soumise, dans les mêmes limites que la paralysie générale, à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire et acquise, est, au même titre et dans la même mesure que cette dernière affection, une *maladie fortuite* et *accidentelle*.

***

Après l'exposé qui vient d'être fait des raisons qui nous empêchent d'envisager la démence précoce comme une affection secondaire ou consécutive à certaines psychoses, fût-ce même à la confusion mentale (Régis), et par conséquent d'admettre la théorie de la *démence vésanique rapide*, il nous reste à examiner si la conception de la *démence vésanique tardive* est plus justifiée.

Pour cela, nous examinerons séparément les trois grands groupes d'états démentiels consécutifs : 1° *aux folies généralisées* (manie, mélancolie, etc.); 2° *aux psychoses dites des dégénérés* (délire d'emblée, délire polymorphe, paranoïa aiguë, etc.) ; 3° *aux folies systématisées chroniques*.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la *manie* et la *mélancolie* dites *essentielles* ne peuvent plus être considérées comme des entités morbides et que, par ces mots, on désigne de simples états syndromiques pouvant toujours être rattachés à la folie maniaque-dépressive, à la paralysie générale, aux folies toxiques, à la démence précoce, à la confusion mentale, etc. Sur 1.000 maniaques suivis pendant de longues années, dit M. Kraepelin, je n'en ai observé qu'un seul qui n'ait pas eu de récidives.

Le même auteur et, après lui, M. Sérieux, M. Capgras, etc., ont également établi que la mélancolie n'existait, en tant qu'affection autonome, que comme manifestation des processus organiques d'involution sénile et que les états mélancoliques observés pendant la jeunesse ou l'âge adulte étaient tous justiciables de la folie maniaque-dépressive ou de la démence précoce, quand ils n'étaient pas liés à la paralysie générale ou aux folies toxi-infectieuses. La manie et la mélancolie perdant ainsi toute valeur en tant que types nosologiques, on voudra bien reconnaître qu'il ne saurait y avoir à proprement parler de démences post-maniaques ou post-mélancoliques.

Y a-t-il lieu de conserver les démences consécutives aux états dits dégénératifs décrits sous le nom de *délires d'emblée* ou *polymorphes,* de *paranoïa aiguë,* etc.?

De l'avis de tous les auteurs, la terminaison habituelle de ces états serait la guérison. Nous n'y contredirons pas, mais il faut avouer que ces prétendues guérisons ne visent que l'épisode délirant et les troubles sensoriels qui l'accompagnent. Le plus souvent, les maladies sortent de leurs accès délirants, diminués intellectuellement.

Mais comme leur niveau mental déjà faible congénitalement était inconnu du médecin qui les traite, ce déficit passe inaperçu, et alors deux éventualités peuvent se produire : ou les malades quittent l'asile pour y rentrer bientôt avec des accidents analogues qui, eux-mêmes, disparaissent à leur tour, et ce n'est souvent qu'après trois ou quatre paroxysmes délirants — dont on méconnait ordinairement, du reste, les liens de parenté — que l'état démentiel éclate à tous les yeux ; ou bien les accalmies ne sont pas assez franches pour que le malade quitte l'asile, et au bout de quelques semaines ou de quelques mois les manifesta-

tions délirantes se reproduisent et évoluent pour ainsi dire d'une seule traite vers la démence définitive et incurable.

Dans les deux cas, il ne s'agit donc pas réellement d'une démence secondaire ou terminale, mais d'une démence primitive, protopathique, précoce, momentanément masquée par des phénomènes délirants : ceux-ci sont sujets à des rémissions et peuvent même disparaître tout comme dans la paralysie générale, mais le déficit mental sur lequel ils sont greffés est permanent et s'accentue progressivement pour aboutir au bout de plusieurs années à la perte complète de l'intelligence.

Parfois, du reste, les caractères cliniques de ce déficit intellectuel, qui s'affirme encore par des actes baroques, des tics, des stéréotypies, du négativisme, du collectionisme, des soliloques, de la verbigération, etc., ne laissent aucun doute sur son origine démentielle.

Restent les *délires systématisés chroniques*. Beaucoup d'auteurs estimaient autrefois que ces psychoses ne se terminent jamais par la démence. On se rappelle l'opposition qu'a rencontrée M. Magnan pour faire accepter la période démentielle de son délire chronique à évolution systématique. L'effacement du délire, sa cristallisation, l'indifférence des malades étaient mis sur le compte de leur long internement et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes.

Ces faits ne sont plus aujourd'hui envisagés de la même façon : il est nombre de cas, dit M. Séglas, en parlant des délires systématisés, surtout des variétés dites hallucinatoires, qui arrivent à une démence véritable, bien qu'incomplète et de caractères particuliers. MM. Sérieux et Masselon admettent également que les *délires systématisés hallucinatoires* aboutissent plus ou moins tardivement à l'affaiblissement intellectuel ; mais, sans se prononcer d'une façon catégorique, ces auteurs hésitent cependant à faire rentrer les états d'affaiblissement intellectuel consécutifs aux délires systématisés hallucinatoires dans la variété paranoïde de la démence précoce. Pour eux, il s'agirait bien là d'une démence secondaire méta ou post-vésanique. Voilà en somme à quoi se réduirait le vaste groupe des démences vésaniques que tous les auteurs font encore figurer dans leurs classifications.

Faut-il se ranger à l'opinion de M. Séglas et de M. Sérieux, ou adopter celle de M. Kraepelin qui soutient que toutes les variétés hallucinatoires de la paranoïa, y compris le délire chronique de Magnan, doivent être considérés, au moins à titre provisoire, comme appartenant à la démence précoce ?

En ce qui nous concerne, nous nous sommes déjà expliqué ailleurs sur cette question, nous n'y insisterons donc pas. Voici cependant quelques-uns des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de la théorie de M. Kraepelin.

Pour juger du niveau intellectuel des malades atteints de délires systématisés chroniques, il faut étudier le contenu de ces délires qui, comme on le sait, est presque toujours à base d'idées hypocondriaques, de persécution ou de grandeur.

Or, de l'avis de tous les auteurs, de semblables idées ne peuvent se développer qu'à la faveur d'un affaiblissement congénital ou acquis, temporaire ou permanent, des facultés ; leur fréquence, en dehors de la folie systématisée, chez les imbéciles, les débiles et les déments de toute espèce le prouve suffisamment pour que nous n'ayons pas besoin de nous arrêter sur ce point. Il est vrai que les mêmes auteurs insistent à l'envi sur les caractères différents que présentent ces idées dans les affections que nous venons de citer (imbécilité, débilité mentale, paralysie générale, etc.) et dans la paranoïa.

Pour démontrer la conservation relative de l'activité intellectuelle chez les paranoïaques, on invoque surtout la systématisation de leur délire ; leurs conceptions fausses, dit-on, s'enchaînent et se relient les unes aux autres ; seul, le point de départ de ces conceptions repose sur une fiction, mais celles-ci sont logiquement déduites les unes des autres et on en conclut à l'intégrité des facultés syllogistiques de ces malades.

En réalité, la systématisation des idées chez ces sujets est loin d'être aussi inattaquable qu'on l'admet généralement (je rappelle qu'il ne s'agit ici que des variétés hallucinatoires de la paranoïa) ; l'échafaudage en est le plus souvent fragile et chancelant ; mais, en admettant même le parfait agencement de ces échafaudages délirants, il est bien évident qu'ils ne peuvent s'édifier qu'à la faveur d'une crédulité et d'une perte complète de la faculté autocritique, qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés.

Cet affaiblissement, dira-t-on, est congénital, il n'est pas

acquis, il n'est donc pas démentiel. Il est probable qu'en réalité, il est l'un et l'autre. En tout cas, M. Magnan a signalé l'existence de délires systématisés, en apparence purs de tout mélange, chez des paralytiques généraux. Son élève M. Pécharman a également relevé plusieurs cas de délire systématisé chez des vieillards, c'est-à-dire chez des sujets dont le cerveau est en voie de régression athéromateuse. Délire systématisé et démence ne peuvent donc pas être considérés comme deux termes ennemis, contradictoires.

D'autre part, la superposition si fréquente des idées de grandeur aux idées de persécution chez les paranoïaques n'est-elle pas la preuve irrécusable des progrès de leur amoindrissement intellectuel ? Et la cristallisation elle-même de leurs conceptions délirantes, qui tournent dans un cercle de jour en jour plus étroit, se reproduisent constamment identiques à elles-mêmes, qui sont *stéréotypées,* comme on disait autrefois, ne constitue-t-elle pas un nouvel argument à l'appui de la thèse que nous défendons? La stéréotypie délirante des délirants chroniques est évidemment un phénomène du même ordre que la stéréotypie verbale des déments précoces ; cette répétition monotone des mêmes mots dans un cas, des mêmes idées dans l'autre, ne peut être que le fait d'un effacement progressif des images mentales et de la fixation isolée, automatique, de quelques-unes seulement d'entre elles dans le champ de la conscience (Masselon), ce qui revient à dire que la démence est le substratum de ces stéréotypies.

Telles sont les principales raisons qui nous semblent justifier l'introduction dans le cadre de la démence précoce de la plupart des délires systématisés hallucinatoires chroniques.

En s'appuyant sur ces considérations purement cliniques, on serait donc en droit de nier aujourd'hui la réalité des *démences* dites *vésaniques* ou *secondaires,* mais d'autres raisons peuvent encore être invoquées en faveur de cette thèse.

Depuis longtemps, l'anatomie pathologique avait devancé sur ce point la clinique en établissant l'existence, dans tous les cas de démence chronique, de lésions matérielles de la corticalité cérébrale, et en montrant que l'intensité de ces lésions était toujours en rapport avec la gravité des symptômes ; il est donc bien difficile, pour tout esprit non prévenu, de ne pas admettre

un rapport de causalité entre ces lésions et le tableau symptomatique de la démence.

M. Pierret, le premier en France, a soutenu cette doctrine, qui a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs.

La démence, quelle que soit son origine, dit M. Nissl, a toujours un substratum anatomique objectivement démontrable : toutes les démences sont donc foncièrement *organiques* et diffèrent seulement entre elles par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex.

A la vérité, MM. Klippel et Lhermitte ont essayé récemment d'établir une ligne de démarcation entre les démences organiques et les démences vésaniques, en se fondant sur la différence de localisation des lésions respectives de ces deux groupes d'états démentiels.

D'après cette théorie, « les délires et les démences dites organiques auraient pour caractère anatomique d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et à côté des lésions du neurone et de la névroglie (tissu neuro-épithélial) d'entraîner celle des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives).

» Les délires et les démences vésaniques seraient liés aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions ».

On remarquera qu'à cette différence de siège des altérations ne correspond aucune différence de nature. Il s'agit toujours de lésions destructives avec désintégration plus ou moins complète de la cellule, mais tandis que l'élément noble est seul intéressé dans un cas, dans l'autre sa gangue vasculo-conjonctive participe au processus.

Dans ces conditions, est-on réellement fondé à séparer aussi nettement des affections qui, reconnaissant un même substratum, ne diffèrent que par son étendue ? D'autres répondront et, pour commencer, voici déjà l'opinion de M. Pierret sur la question : « De toutes les lésions observées au cours des démences, écrit son élève M. Bridier, la plus constante est celle de la cellule corticale. Il ne s'agit pas seulement d'une lésion banale telle que la chromatolyse, mais de la destruction de l'élément et de son remplacement par des amas de noyaux ou tout au moins par une dégénérescence granulo-pigmentaire », et plus loin : « Au point

de vue anatomo-pathologique, on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques. »

La clinique nous ayant déjà fourni la même réponse, c'est à cette conclusion que nous nous rallierons, d'autant plus qu'elle est basée non pas sur l'examen de quelques cas de démence précoce, comme celle de MM. Klippel et Lhermitte, mais sur un ensemble de faits comprenant les principaux types de démences classiques, y compris les anciennes démences aiguës, curables d'Esquirol (confusion mentale, stupidité, etc.), que nous n'avons pu étudier ici sous peine de passer en revue toute la pathologie mentale.

Abstraction faite de ces démences aiguës, nous avons essayé d'établir que l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires ne pouvait plus être maintenu dans les classifications psychiâtriques ; parmi ces démences, il en est d'abord plusieurs qui doivent forcément disparaître, puisque les psychoses dont elles constituaient le stade terminal ont perdu leur autonomie ; telles sont les démences consécutives aux folies simples, la démence maniaque, la démence mélancolique, etc. Quant aux deux autres groupes de démences vésaniques, celles qui sont consécutives aux prétendues psychoses dégénératives, aux délires systématisés aigus ou chroniques (variétés hallucinatoires), etc., elles ressortissent toutes aux différentes formes de la démence précoce, et, par conséquent, appartiennent à la catégorie des démences primitives.

Défalcation faite des démences toxiques et des démences névrosiques qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, on pourrait, en s'appuyant sur ces données, essayer de grouper au moins provisoirement les démences organiques (y compris les anciennes démences vésaniques) en deux grandes classes : celles qui sont dues à des *lésions circonscrites, solitaires* ou *multiples,* et celles qui reconnaissent pour cause des *lésions diffuses et généralisées d'emblée ;* cette seconde classe pourrait elle-même être subdivisée en deux groupes, à la vérité artificiellement séparés, suivant qu'il s'agit de lésions *aiguës* ou *chroniques, réparables* ou *destructives.*

Ce classement permettrait de réserver une place aux anciennes démences aiguës curables qui, nées dans notre pays, ont au

moins autant de peine à s'y acclimater aujourd'hui que la démence précoce.

M. Arnaud remercie M. Deny de son rapport si clair et si intéressant.

---

## Discussion du Rapport sur les Démences Vésaniques et Communications qui s'y rapportent.

---

Dr V. PARANT, *Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Saint-Cyprien, à Toulouse.*

La question de pathologie mentale mise à l'ordre du jour du présent Congrès concernait « les démences vésaniques ». Le rapport que M. le Dr Deny a fait aboutit à peu près aux conclusions suivantes : « Il n'y a pas de démences vésaniques ou, pour mieux dire, ce à quoi jusqu'ici on a donné ce nom, n'ayant, par soi-même, aucune existence propre, n'étant que la terminaison de certaines vésanies, doit être décrit en même temps que chacune de celles-ci et disparaître des descriptions didactiques sur les maladies mentales. D'autre part, il y aurait une entité morbide à laquelle on a proposé de donner le nom de démence précoce qui, englobant un certain nombre de manifestations décrites jusqu'ici isolément les unes des autres, devrait désormais être considéré comme la démence vésanique par excellence, prenant la place de tout ce qu'elle fait disparaître en se l'assimilant. »

La première partie de ces conclusions ne donne lieu, dans le rapport de M. le Dr Deny, qu'à de courtes considérations qui, d'une manière générale, sont justes. On peut cependant leur objecter que si la démence est la terminaison de diverses vésanies, il peut être utile de la décrire isolément, afin d'y coordonner les manifestations communes à toutes les vésanies d'où elle provient et éviter ainsi des redites fastidieuses.

Par contre, le rapport s'étend longuement sur ce qu'on propose d'appeler la démence précoce ; il lui est consacré presque en entier. Nous devons donc le suivre là où il a voulu nous mener et voir ce que vaut ce dont il nous parle.

La conception dont il s'agit est d'origine allemande. On a

déjà beaucoup écrit sur elle et ce que j'en connais m'a laissé l'impression qu'on ne s'entendait guère à son sujet.

Ce n'est pas la première fois que pareille difficulté se présente relativement à des conceptions provenant de même source. Il en a été de même, notamment, pour ce qu'on a appelé la paranoïa.

Que fallait-il entendre par ce terme, qu'à mon avis on a eu grand tort d'introduire dans la terminologie française des maladies mentales ? Si je ne me trompe, on a pu rencontrer sous ce nom une dizaine de formes morbides différentes, et je ne suis pas bien sûr qu'il n'y en eut pas davantage.

L'embarras est non moindre avec la soi-disant démence précoce. Tout d'abord, cette dénomination s'est appliquée seulement à ces états que M. le Dr Christian, de Charenton, a remarquablement bien décrits sous le nom d'hébéphrénie. *(Annales Médico-Psychologiques, 1899.)*

Mais elle s'est étendue ensuite et nous avons vu survenir successivement, les unes après les autres, presque d'année en année, des conceptions diverses où l'hébéphrénie, la catatonie, la stupeur, d'autres phénomènes encore, s'y accommodaient de diverses manières et où le champ de cette soi-disant démence précoce s'étendait à de vastes limites. On discutait beaucoup à ce propos ; mais les discussions, loin d'éclaircir la situation, n'arrivaient plutôt qu'à l'embrouiller, et nous avons pu voir, par l'exposé que M. le Dr Claus a fait au Congrès de Médecine mentale de Bruxelles, dans son rapport sur la catatonie, que les opinions diverses émises de divers côtés sur ce phénomène qui est présenté comme un des éléments importants de la démence précoce arrivent en réalité à une confusion très grande.

Pouvait-il, du reste, en être autrement, alors que celui qu'on peut appeler le père de la conception nouvelle, Kraepelin, en variait lui-même l'exposé avec chaque nouvelle édition de ses œuvres, y ajoutant chaque fois quelque élément nouveau, sans paraître bien examiner s'il avait avec les autres éléments des affinités réelles. Et peut-être même n'est-il pas encore au bout de ses variations, puisque nous apprenons par le rapport de M. le Dr Deny que, dans une toute récente édition, il a encore modifié les données des éditions précédentes. Son objectif principal paraît être d'englober, sous le nom de démence précoce, le plus grand nombre possible des états divers envisagés et décrits

jusqu'ici isolément les uns des autres, et de réduire à l'état de simple symptôme ce que l'on considérait comme étant en soi-même une maladie.

On donne, il est vrai, cette extension comme un progrès. On fait entrevoir la simplification qu'elle est susceptible d'apporter dans la connaissance et la description des maladies mentales. Jusqu'où donc une simplification de ce genre, qui en réalité méconnaît la valeur intrinsèque des choses et les données de l'expérience d'un long passé, n'est-elle point susceptible de nous mener? Pourquoi n'aboutirait-elle point un jour à faire dire qu'il n'y a que trois termes dans la folie : celui des premiers âges de la vie, englobé tout entier dans ce qu'on a décrit sous le nom de démence précoce; celui de l'âge mûr que l'on pourrait appeler démence intermédiaire ; enfin, celui du déclin de l'existence, auquel on donnerait le nom de démence tardive. Quelle merveilleuse simplification ! Elle dispenserait d'approfondir des problèmes étiologiques souvent bien difficiles à résoudre ; elle réduirait le diagnostic à sa plus simple expression.

On trouvera peut-être que parler ainsi c'est trop faire du badinage et ne pas traiter sérieusement une affaire qu'on présente avec sérieux. Mais qu'on veuille bien y regarder de près et l'on verra qu'en somme ce badinage n'est point tout à fait hors de propos.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas des cas de maladie mentale auxquels on ne puisse donner le nom de démence précoce, et cela peut s'entendre de deux manières : ou bien qu'il s'agisse de malades de n'importe quel âge dont la maladie aboutisse rapidement à la démence, ou bien qu'il s'agisse uniquement de sujets jeunes, avant l'âge de vingt ans, si l'on veut, puisque cet âge a été pris comme terme qui, après une enfance et une jeunesse en apparence normales, et pour des causes indépendantes même, autant qu'on puisse en juger, de toute influence héréditaire, deviennent aliénés et après avoir présenté des manifestations délirantes diverses, peut-être même aussi quelquefois, mais rarement, sans avoir eu de ces manifestations, tombent rapidement dans la démence et l'incurabilité. Ce sont ces cas dont M. le Dr Christian a fait l'histoire. Ce sont aussi les seuls, ou à peu près, que Kraepelin ait eus en vue lorsqu'il a commencé à parler de démence précoce.

Le nombre en est-il grand ? La solution de cette question peut dépendre beaucoup de la manière d'envisager les choses. Si je m'en rapporte aux faits que j'ai eu à observer dans les dix dernières années, je vois que sur 390 aliénés, 58 avaient moins de 25 ans ; que sur ces 58, il n'y en a guère que 13 pour lesquels on puisse prononcer le mot de démence précoce. Les autres étaient ou des imbéciles, ou des malades dont la folie a mis longtemps à évoluer vers la démence, ou enfin des cas de guérison. Cela fait donc un peu moins de 4 °/₀ du total des cas observés, et environ 25 °/₀ des individus âgés de moins de vingt-cinq ans. En ce qui me concerne, je ne vois pas là une indication de la grande multiplicité que quelques-uns sont disposés à accorder aux cas qui nous occupent.

Si, par démence précoce, on se bornait à entendre ces faits sans avoir la prétention de fonder sur eux toute une doctrine, il n'y aurait pas matière à discussion et l'on pourrait aisément se mettre d'accord.

Mais il n'en est pas ainsi. Voici en effet que, sous le nom de démence précoce, on présente tout autre chose. On veut donner ce nom à une sorte d'entité, englobant des états de nature très diverse et dont le disparate est si grand que, sauf l'incurabilité, on ne voit pas quels rapports ils ont les uns avec les autres ; on dit d'ailleurs que l'évolution de la maladie peut être longue, même avant l'apparition de la démence ; vraiment, est-ce alors de la démence précoce ? on dit encore que cette soi-disant démence précoce est curable et quelle peut ne pas arriver à l'effondrement des facultés mentales ; pourquoi donc alors appelle-t-on cela de la démence ?

Nous sommes ainsi du premier coup en face de difficultés qui naissent autant des mots que des choses et c'est à se demander si, en étudiant leurs travaux, nous avons bien compris les allemands, ou bien encore, qu'on pardonne de le dire, si les allemands se sont compris eux-mêmes. Toujours est-il que, dans notre langue française, le mot démence a pris, dans la nosographie des maladies mentales, une signification bien déterminée et qu'il veut dire l'abolition, la perte des facultés mentales.

Mais passons sur les mots ; parfois une dénomination défectueuse peut, si elle est bien comprise, exprimer une notion juste. Il en est ainsi du terme paralysie générale. Voyons si

derrière ce mot de démence précoce, tel qu'il semble nous venir de l'école allemande, il y a une notion qu'il faille accepter.

La maladie, nous dit-on, a pour essence même, et pour manifestation primordiale, la démence ou perte des facultés mentales ; cette perte existe à l'origine même de la maladie ; elle en est le substratum nécessaire. Elle en est aussi le seul élément essentiel. Tout ce qui peut survenir en dehors d'elle, manifestations délirantes diverses, états d'excitation ou de dépression, confusion mentale, stupeur, n'est qu'accessoire. On convient bien que, dans bon nombre de cas, si ce n'est même dans tous, ces manifestations occupent le premier plan de la scène morbide et impriment à la maladie un cachet tout spécial, mais néanmoins on les déclare accessoires ; elles pourront disparaître et, quand elles auront disparu on n'aura plus devant soi que le signe fondamental, l'affaiblissement, la perte des facultés mentales, la démence.

Ces deux propositions, à vrai dire, sont bien les idées maîtresses de la doctrine ; elles présentent pour cela un intérêt spécial ; si elles sont inattaquables, la doctrine est solide. Il convient donc de les bien examiner : elles se tiennent d'ailleurs d'une manière intime ; la seconde est la raison d'être de la première, et si l'une est injustifiée, l'autre l'est tout autant.

En réalité, qu'on y fasse attention ; il n'est donné aucune preuve que la démence est nécessairement primitive et primordiale, ou du moins s'il y a quelques faits cliniques dans lesquels on puisse admettre qu'il en est ainsi, ils sont rares ; on convient même qu'ils sont tout à fait exceptionnels. Ces faits consisteraient dans une évolution morbide où on n'aurait observé aucun des phénomènes dits accessoires, et où, par conséquent, l'influence éventuelle de ceux-ci ne pourrait être mise en cause.

Peut-on, sur des faits exceptionnels, baser une conception générale ? Ce serait une base fragile et suspecte. Pour ce qui est des faits en question, je n'en ai, quant à moi, jamais observé. Si je m'en rapporte aux treize cas relevés chez ceux de mes malades que j'ai cru pouvoir rattacher à la discussion présente, je vois que chez tous il y a eu, au début, d'une manière plus ou moins accentuée, plus ou moins prolongée, de ces manifestations dites accessoires et elles étaient d'une importance assez grande pour attirer d'abord seules l'attention.

Mais en dehors de ces faits exceptionnels, on ne donne vraiment aucune preuve que dans les autres la démence soit réellement primitive. On convient d'ailleurs que l'essence même de cette démence est obscure ; que les recherches anatomiques n'ont produit rien de caractérisé ni de démonstratif ; que ni du côté des neurones, ni du côté des grandes cellules pyramidales, non plus que du côté de la névroglie, on n'a trouvé d'altérations constantes, certaines. Et, comme d'autre part, ni l'étiologie, ni la clinique ne permettent de faire la démonstration de cette soi-disant primordialité de la démence, il reste que les allégations produites à ce sujet sont purement hypothétiques.

Une des préoccupations que l'on semble avoir est d'assimiler ce qu'on nomme la démence précoce à la paralysie générale, ou du moins de les mettre toutes deux en parallèle. Mais cette visée est injustifiée, puisque dans la paralysie générale il y a des altérations anatomiques certaines, qu'on peut suivre en quelque sorte dans toute leur évolution et qui rendent bien compte de la déchéance mentale progressive, alors qu'ici on ne rencontre rien de semblable et que, même souvent, dans les cas allégués, tous les éléments anatomiques du cerveau semblaient intacts.

On peut se demander si ce n'est pas pour échapper à la faiblesse, à la nullité des arguments directs qu'on en a pris d'indirects, et qu'on a soutenu que les autres manifestations, agitation, dépression, stupeur, etc., regardées généralement jusqu'ici comme primordiales, n'étaient que secondaires et accessoires. Mais ici, non plus, on ne donne pas de preuves. On affirme, on ne fait rien autre chose. En pareil cas, des affirmations ne sont pas des raisons démonstratives suffisantes.

Et de fait, il est aisé de voir à quel point il serait important de faire admettre ces affirmations comme des certitudes. Car si les manifestations dont il s'agit, au lieu d'être simplement accessoires, sont tout autre chose, il faut nécessairement admettre qu'elles exercent leur influence sur l'évolution de la maladie et que, dans les cas où la déchéance mentale survient, c'est la persistance de ces manifestations, leur intensité, leur nature, qui en ont été la cause. Alors cette déchéance, loin d'être primitive, doit, à bon droit, être considérée comme consécutive ; elle est le résultat non de l'altération, de la destruction de la cellule cérébrale ou du neurone, mais de leur épuisement ;

ce qui expliquerait pourquoi, dans le plus grand nombre des cas, on n'a trouvé aucune altération appréciable de ces éléments et que par conséquent il s'agit, non d'une démence vésanique primaire, mais d'une démence vésanique secondaire, formée et développée de la même façon que d'autres démences vésaniques.

De ce que nous venons de voir il ressort, qu'en fin de compte, le point sur lequel porte maintenant tout entière la doctrine de la démence précoce, c'est sur la valeur que l'on doit attribuer aux manifestations autres que la démence. Sont-elles accessoires ? Sont-elles essentielles ? et, dans ce dernier cas, indépendantes de la démence qui, elle-même, en serait non l'occasion, mais la résultante ?

On convient, nous l'avons vu, que ces manifestations occupent presque toujours le premier plan de la scène, qu'elles sont la manifestation initiale de la maladie à laquelle elles donnent, suivant leur diversité, une allure spéciale. Si elles ont une telle action, à quoi la doivent-elles ? On ne l'examine pas et, cependant, cela aurait bien son importance. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de comprendre comment des phénomènes qui, ouvrant la scène, sont les seuls que d'abord on puisse constater qui, se présentant dans des conditions où ils ont bien l'air d'être toute la maladie, n'aient dans celle-ci qu'un rôle épisodique et accessoire.

En soutenant que ces manifestations ne sont qu'accessoires, on fait, en vérité, bon marché, à ce qu'il me semble, de leur étiologie et des conditions diverses dans lesquelles elles se produisent ; on passe bien aisément par dessus l'un des problèmes les plus obscurs de la pathologie, à savoir celui de la diversité des effets sous l'action d'une même cause. Comment des influences identiques, des forces pathogéniques équivalentes, ici l'hérédité, là une auto-intoxication, ailleurs l'affaiblissement physique, peuvent-elles, suivant les individus, et sans doute aussi suivant les circonstances, avoir des effets divers ? Pourquoi déterminent-elles ici de la dépression mélancolique, là de l'excitation maniaque, ailleurs de la confusion mentale, ou quoi que ce soit ? Pourquoi encore l'évolution d'une maladie, à la suite de ces divers états, peut-elle être diverse suivant les individus, permettant à l'un d'aborder à la guérison, alors qu'un autre restera incurable ? Pour se tirer d'embarras, suffit-il de

dire que toutes ces manifestations ne sont qu'accessoires, épisodiques, alors que cependant le fait même de leur diversité, avec une origine unique, les allures particulières à chacune d'elles, leurs terminaisons variées, sont plutôt le témoignage de leur individualité et les montre comme les enfants d'un même père dont chacun a sa personnalité distincte.

Quoi que prétende la nouvelle doctrine, ce qui me paraît être la preuve que les manifestations dont il s'agit constituent l'essence de la maladie, peuvent la constituer à elles seules, et qu'ainsi elles sont primordiales et non secondaires, c'est que, suivant les cas, elles ont des conséquences bien différentes les unes des autres, conséquences qui montrent qu'au lieu de suivre ou d'accompagner la démence elles peuvent la précéder de beaucoup, ou encore qu'elles peuvent évoluer sans qu'il y ait même aucune marque de démence. On ne peut nier, en effet, qu'elles ne puissent se terminer de trois manières : ou bien par un acheminement rapide vers la démence, ou bien par un acheminement très lent, alors que les malades traversent des états de délire qui ne sont aucunement la démence, ou enfin par la guérison.

Ce n'est pas sans un très grand étonnement qu'on entend dire qu'il faut considérer comme démence précoce les cas sur lesquels M. le Dr Anglade a fait, au Congrès de Marseille, un rapport d'une grande portée, où l'on voit que des délires systématisés, appelés alors secondaires, peuvent succéder à des accès de manie, de confusion mentale, ou d'autre chose, alors que dans ces délires, dont l'évolution peut être aussi longue et auss lente que celle des délires systématisés primitifs, la démence, ce qu'il faut appeler la démence, peut faire défaut pendant bien des années. Dire, dans des cas de ce genre, que la démence est précoce, c'est jouer sur les mots, à moins que, pour se tirer d'affaire, on n'en arrive à dire que dans l'intervalle elle a été latente.

En fin de compte, ce qui démontre d'une manière péremptoire que les états dont il s'agit ont une existence propre, une autonomie entière, c'est que, après avoir été eux-mêmes toute la maladie, ils peuvent aboutir à une guérison sincère, solide et définitive. Je sais bien que les inventeurs de la nouvelle doctrine ne s'embarrassent pas pour si peu et que, pour éviter d'envisa-

ger la signification des faits de guérisons, ils admettent que la démence précoce est curable. Est-il besoin d'insister sur l'antinomie qu'il y a à présenter comme curable une maladie dont on dit que l'essence même, le signe fondamental, serait la déchéance et la perte plus ou moins complète de l'intelligence ; ou bien, sans aller aussi loin, on insinue encore que les manifestations que nous considérons ici comme primordiales sont rarement curables, qu'elles sont sujettes à récidives. D'après Kraepelin on n'observerait qu'un seul cas de guérison de la manie sur mille. Ce seul cas prouverait à tout le moins que la guérison est possible, et l'argument, dans son genre, aurait autant de valeur que celui qui consiste à affirmer d'après des faits très exceptionnels, sans manifestations autres que la démence, que dans le cas où il y a autre chose que la démence, celle-ci néanmoins est toujours primitive.

Il est pourtant certain que les guérisons de ces états sont nombreuses, guérisons certaines, solides, durables, sans aucun amoindrissement de l'intelligence. Il n'est pas un aliéniste qui n'en ait observé un bon nombre. Et lorsque les guérisons sont anciennes, on ne peut guère leur opposer l'éventualité de rechutes qui, du reste, ne prouveraient nullement par elles-mêmes la primordialité de la démence. Je pourrais, pour mon compte, citer bien des cas démonstratifs. En ce moment, je vois de temps à autre une dame qui vient prendre des nouvelles d'une de mes malades. Elle a eu, il y a trente ans, un accès de mélancolie dont elle s'est parfaitement bien tirée et qui n'a pas récidivé. Je vois aussi quelquefois une jeune femme que j'ai eu à soigner il y a huit ans; elle n'était alors pas mariée. Elle a passé par ce que j'appelle manie aiguë franche, désordre des actes, désordre des idées, agitation incessante, délire inconsistant. Cette manie a duré cinq mois pour aboutir à ce que j'ai considéré comme une guérison. Elle n'a pas eu de rechute. Depuis son mariage elle a eu un enfant, et si je la vois aujourd'hui, c'est qu'elle vient me parler de son mari qui verse dans la paralysie générale. En cette occurrence douloureuse, elle ne se comporte ni en affaiblie, ni en déprimée, ni en démente ; elle fait face, avec décision, à des difficultés, à des embarras d'affaires qui sont fort embrouillées. Prétendra-t-on qu'elle a eu de la démence précoce ? Et que dire de ces cas, qui sont comme des paradoxes, dont j'ai parlé dans

un discours que j'ai prononcé à la Société de Médecine de Toulouse, lorsque j'en étais président, où l'on voit les individus, au sortir d'une atteinte de maladie mentale, se présenter comme plus intelligents que lorsqu'ils y étaient entrés ? Est-ce là encore un phénomène de démence précoce ?

En réalité, quoi qu'on dise, les états qu'on veut nous faire regarder comme uniquement accessoires sont souvent, sinon même toujours, principaux, essentiels ; ils existent par eux-mêmes, ils sont indépendants.

C'est à tort qu'on veut leur enlever la place qu'ils ont occupée jusqu'ici dans les nosographies de médecine mentale.

Ainsi, de quelque côté qu'on se retourne, on arrive à constater que ce qu'on nous présente comme les points fondamentaux de la doctrine de la démence précoce n'est rien moins que fondamental.

Faut-il attacher de la valeur au tableau séméiologique fait de cette soi-disant forme morbide ? Certes, à considérer le grand nombre de phénomènes qui y sont indiqués, on pourrait croire que cette séméiologie est riche. En réalité, elle ne l'est pas et si l'on prend successivement tous ces phénomènes on arrive aisément à s'en convaincre. Du reste, ceux qui les présentent comme des manifestations à mettre en cause, conviennent eux-mêmes qu'ils ne sont point spéciaux à la forme morbide en question et qu'ils n'y ont rien de caractéristique.

Cette affaire de séméiologie nous fait toucher à d'autres considérations qui viennent fortement à l'appui de ce que nous soutenons : c'est que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de dire, à son début, à quoi aboutira une maladie mentale qui se présente sous les auspices de la manie, de la mélancolie, de la stupeur, de la confusion mentale. Verra-t-on survenir rapidement la démence ? Aboutira-t-on à un délire à évolution lente ? Obtiendra-t-on la guérison ? Ces questions de pronostic sont, de prime abord et la plupart du temps, insolubles. J'en appelle à l'expérience de tous ceux qui ont l'habitude des aliénés. Combien souvent nos prévisions sont-elles trompées ! Ici c'est une guérison qui arrive lorsque nous n'y comptons plus ; là, au contraire, c'est l'incurabilité qui déroute notre confiance en la guérison. La soi-disant démence précoce étant une maladie qui, d'emblée, fait perdre l'intelligence, tous les symptômes qu'on

lui attribue devraient permettre de préjuger l'incurabilité. Il n'en est rien. Les troubles de la sphère affective et morale se rencontrent dans les cas les plus divers ; ceux de l'activité volontaire sont également communs à des états qui ont des issues différentes. Ni l'automatisme, malgré la multiplicité des mots plus ou moins mal trouvés sous lesquels on a distingué ses manifestations, tels que négativisme, suggestibilité, activité passive ; ni la stéréotypie, ni même la catatonie, bien que dans la plupart des cas ces derniers signes soient de mauvais augure, n'ont, pour le pronostic, rien d'absolument positif et certain. Il en est encore de même des troubles sensoriels, des hallucinations. Il importe donc peu que jusqu'ici on ait allongé la liste des signes attribués à la soi-disant démence précoce, puisque, soit isolément, soit par leur ensemble, ces signes n'ont rien qui puisse éclairer le jugement à porter sur la maladie elle-même.

Dernière considération : la doctrine de la démence précoce, dans son principe, ne fait que transposer la place que, dans les idées jusqu'ici courantes, occupaient la déchéance des facultés mentales et les divers états qui précèdent la constatation de cette déchéance. Pour tout le monde, la déchéance était uniquement une conséquence. Cette doctrine prétend que la démence est primitive et que le reste n'est qu'accessoire. Elle appelle cette conception un progrès, qu'elle croit destiné à transformer la science des maladies mentales. Mais elle ne donne pas la preuve de ce qu'elle avance, et il y a contre elle des arguments sérieux. M'est avis qu'en dépit d'elle les idées d'autrefois, qui sont celles de la psychiatrie française, continueront d'être les bonnes.

En résumé :

Il y a incontestablement des états de maladie mentale, survenant principalement chez des sujets jeunes, qui aboutissent rapidement à la démence. A ces états on peut, si l'on veut, donner le nom de démence précoce ; on pourrait tout aussi bien leur donner le nom de démence rapide.

Rien ne prouve que dans ce cas, pas plus que dans n'importe quel autre, la démence soit primitive ; et bien plutôt, comme les troubles délirants qui en marquent le début peuvent aboutir soit à une démence tardive, soit aussi à une guérison véritable et complète, cette différence d'évolution tend à prouver que la démence est consécutive, que les troubles délirants ne sont pas

des éléments accessoires, qu'ils sont, au contraire, l'expression essentielle et primordiale de la maladie.

Les cas dans lesquels ils aboutissent à la démence n'ont, en dehors de cette rapidité de la déchéance mentale, pas de caractères communs, pas de signes distinctifs qui permettent de les considérer comme un groupe homogène formant entité.

Les conceptions récentes produites sous le nom de démence précoce sont purement artificielles ; elles ne reposent que sur des affirmations sans preuves que ne justifient ni la séméiologie ni l'anatomie pathologique. Les descriptions didactiques faites sous ce même nom réunissent d'une manière arbitraire des états disparates, indépendants les uns des autres ; elles sont en contradiction avec les données de l'expérience clinique et, loin d'être un progrès, elles tendent au contraire à fausser l'étude de la psychiatrie. Elles n'ont pas droit de prendre, dans les nosographies de médecine mentale, la place qu'on prétend leur donner.

M. Gilbert BALLET, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

Messieurs, mon premier mot doit être pour m'associer aux éloges que M. Arnaud et M. Parant ont adressé à M. Deny.

Le rapport de M. Deny est certainement un des plus séduisants qui nous aient été présentés ; il est clair, ce qui est la première qualité d'un rapport, et d'une clarté éblouissante ; les problèmes que la question soulève y sont posés avec une grande netteté ; on y constate une conviction qui s'affirme avec une indiscutable franchise ; j'allais mal m'exprimer et dire : on y trouve une foi qui s'affiche avec témérité.

Messieurs, il y a des points sur lesquels je suis absolument d'accord avec M. Deny ; il en est d'autres sur lesquels je ne puis être que partiellement avec lui ; il en est enfin à propos desquels je suis obligé de me refuser catégoriquement à le suivre.

Je suis, ou à très peu de chose près, d'accord avec M. Deny sur le côté clinique et nosographique de la question.

Si la psychologie des aliénés est intéressante, il en est une autre qui quelquefois ne l'est pas moins, c'est la psychologie des aliénistes. Il est en effet surprenant que pendant si longtemps on ait passé dans les services d'Asile, ou dans les Maisons de Santé, devant une catégorie de malades qui cons-

titue, dans tous les services, un stock important sans se donner la peine de les regarder de plus près et de les observer avec plus d'attention qu'on ne l'a fait.

Les descriptions didactiques se sont naturellement ressenties de cette négligence et l'on est étonné du laconisme et de l'insignifiance du paragraphe (on ne peut pas dire du chapitre) consacré dans les divers traités à l'étude de la démence dite vésanique, précoce ou tardive.

Il n'est pas douteux qu'on ait rendu un réel service au moins à la nosographie, le jour, encore rapproché de nous, où l'on s'est mis à regarder de plus près les déments, particulièrement les déments précoces, et à étudier les caractères de leur état démentiel et la physionomie et l'évolution des troubles délirants qui précèdent ou accompagnent cet état démentiel.

Sur ce point, donc, je suis de l'avis de M. Deny.

Qu'il me permette, avant d'aller plus loin, de lui présenter quelques observations au sujet de certains des termes de sa définition de la démence précoce.

« La démence précoce, dit-il, est une psychose essentiellement caractérisée par un affaiblissement spécial et *progressif* des facultés intellectuelles... »

Je pense que le propre des démences précoces c'est, au contraire, de ne pas être progressives. Qui dit, en effet, démence progressive, dit état démentiel qui, débutant par des troubles d'abord légers, va lentement vers un affaiblissement de plus en plus marqué et finalement arrive à une déchéance complète des facultés intellectuelles ; c'est le cas des démences organiques (paralysie générale, athérome cérébral). Or, les démences précoces se comportent d'autre façon : en général, l'affaiblissement intellectuel y est rapide, il atteint vite le degré où il doit rester et, une fois établi, il a peu de tendance à progresser.

M. Deny ajoute : « Affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, qui survient le plus souvent chez des sujets jeunes, *jusqu'alors normaux*. » Je reconnais qu'assez fréquemment l'enquête, dans les conditions un peu superficielles où on la peut faire, ne permet de relever dans les antécédents personnels des déments précoces aucune grosse tare mentale, aucun stigmate psychique avéré de dégénérescence. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi, et ce caractère n'est ni assez

bien établi, ni assez général pour pouvoir figurer dans une définition.

M. Deny dit encore : « Affaiblissement intellectuel qui se termine, dans la grande majorité des cas, par *l'abolition de toute espèce d'activité psychique et physique.* » Je crois, au contraire, que les cas dans lesquels il y a abolition de toute activité psychique et physique sont exceptionnels ; que souvent il y a simple diminution de cette activité et que, dans bien des cas, l'affaiblissement intellectuel est peu accusé. Il y a, de par le monde, un assez grand nombre de déments précoces qui se mêlent plus ou moins à la vie commune, passent plutôt pour des originaux et des bizarres, mais chez lesquels on ne saurait dire, tant s'en faut, qu'il y ait « abolition de toute espèce d'activité psychique et physique ».

Ces remarques faites, j'aborde le problème qui me paraît être, dans l'étude de la démence précoce, le problème fondamental, celui de savoir si l'affection est une maladie *constitutionnelle* dépendant d'une prédisposition strictement inhérente au sujet, ou une maladie *accidentelle* au même titre que la paralysie générale par exemple. C'est ainsi que j'avais, à Bruxelles, envisagé le côté nosologique de la question. M. Deny a bien voulu le rappeler et je suis flatté qu'il ait très franchement placé lui-même la discussion sur le terrain que j'avais cru devoir signaler à l'attention.

Au préalable, je crois devoir présenter une observation.

On a rattaché à la démence précoce des formes nosographiques multiples (démence simple, catatonique, hébéphrénique, démence paranoïde). Il ne me semble pas démontré que tous les types qu'on a ainsi rapprochés les uns des autres appartiennent au même type nosologique. Certains cas de catatonie, notamment, qui se terminent par la guérison, me paraissent ressortir plus légitimement au groupe des confusions mentales (toxiques ou infectieuses) qu'à celui de la démence précoce. On conçoit que si l'on fait intervenir ces cas dans la discussion du problème étiologique et nosologique, celui-ci ne peut que s'en trouver obscurci.

Aussi serait-il bon, pour le bon ordre de la discussion, d'envisager des cas qui apparaissent comme nettement comparables, par exemple ceux de démence paranoïde ; le plus grand nombre

de faits sur lesquels je m'appuyerai dans cette discussion appartiennent à cette dernière forme.

M. Deny se prononce nettement, dans son rapport, pour la nature accidentelle de la démence précoce. Et, à l'appui de son opinion, il invoque deux ordres d'arguments empruntés les uns à l'anatomie pathologique, les autres à l'étiologie.

Voyons d'abord quelle conclusion on peut tirer du peu que nous savons des lésions cérébrales de l'affection.

Le travail le plus important que nous possédions à cet égard est celui de MM. Klippel et Lhermitte. Ces auteurs insistent sur ce fait qu'ils n'ont rencontré aucune altération, au moins de quelque importance, des vaisseaux ni de la névroglie. D'après eux, les lésions intéresseraient simplement les neurones : les cellules de la zone motrice et du lobule paracentral seraient normales ; celles, au contraire, des zones dites d'association, en particulier du lobe frontal, ont été trouvées diminuées de nombre et atrophiées, avec légère chromatolyse.

MM. Alzheimer et Nissl ont vu des altérations analogues, mais ils ont constaté, en outre, de la prolifération névroglique.

Récemment, MM. Laignel-Lavastine et Leroy ont eu l'occasion d'étudier, à mon laboratoire, le cerveau d'un malade affecté de démence précoce. Pas plus que MM. Klippel et Lhermitte, ils n'ont trouvé de lésions conjonctivo-vasculaires. Comme MM. Klippel et Lhermitte, ils ont constaté de l'atrophie avec chromatolyse incomplète de certaines cellules cérébrales, mais contrairement à ce qu'ont relevé ces auteurs, les cellules atrophiées étaient celles du lobule paracentral et non celles du lobe frontal.

Peut-on, de ces traits, tirer une conclusion au point de vue qui nous occupe ? Si l'on était en droit de le faire, il me semble que la diminution du nombre des neurones et l'atrophie incomplète de certains d'entr'eux (neurones des centres de projection (Laignel-Lavastine et Leroy), (neurones des centres d'association (Klippel et Lhermitte) devrait être considérée plutôt comme une lésion morphologique, par conséquent congénitale ou infantile, que comme une lésion acquise.

M. Deny a bien voulu rappeler les altérations cellulaires que nous avons décrites, mes collaborateurs et moi, dans certaines formes de confusion mentale toxémiques ; il rapproche ces altérations de celles rencontrées dans la démence précoce ; il se

croit autorisé à induire de ce rapprochement une identité de nature du processus dans l'une et l'autre catégorie de cas : la démence précoce s'affirmerait ainsi, de par l'anatomie pathologique, une affection toxique accidentelle au même titre que la confusion mentale.

Je ne puis me ranger à cette manière de voir. La ressemblance des lésions rencontrées par MM. Klippel et Lhermitte, Laignel-Lavastine et Leroy dans la démence précoce avec celles que j'ai signalées dans les psychoses toxiques n'est pas exacte. L'atrophie cellulaire indiquée par ces observateurs n'a rien de commun avec la tuméfaction et la chromatolise diffuse qu'on rencontre dans les confusions mentales suite d'intoxication. D'ailleurs, si l'identité des lésions dans les deux ordres de cas était réelle, elle ne prouverait rien en faveur de l'opinion soutenue par M. Deny, car on serait en droit de se demander si ces altérations, qui ont été observées chez des déments précoces morts de tuberculose pulmonaire ou avec de la stéatose hépatique, ne relevaient pas plutôt de la dégénérescence graisseuse du foie ou de la tuberculose que de processus démentiel lui-même.

J'estime donc qu'en l'état actuel des choses on ne peut pas faire grand fond sur l'anatomie pathologique pour établir la nature de la démence précoce, et que si l'on voulait attribuer aux lésions rencontrées une signification qui ne me paraît pas encore suffisamment établie, ces lésions militeraient plutôt en faveur de la nature constitutionnelle de l'affection.

Puisque l'anatomie pathologique ne nous permet pas de résoudre le problème nosologique en discussion, voyons ce que l'étiologie nous apprend. Pour M. Deny, l'hérédité est inconstante, son rôle contingent et accessoire ; et comme le rapporteur paraît décidé à faire de la démence précoce une maladie individuelle et accidentelle, il en cherche la raison dans les causes occasionnelles qui, à la vérité, lui échappent, et dans une auto-intoxication, qu'avec d'autres auteurs il suppose, sans pouvoir apporter le moindre argument démonstratif en sa faveur.

J'ai cherché, pour mon compte personnel, et voici ce que m'a montré l'étude de 17 cas dont un à forme hébéphrénique, un du type catatonique, quinze de forme paranoïde.

Au point de vue des *antécédents héréditaires*, ces 17 cas se répartissent de la façon suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Antécédents nuls | | 3 cas. |
| Antécédents nuls, mais renseignements insuffisants | | 2 — |
| Antécédents familiaux | *a)* Stigmates physiques chez le père et la mère | 1 — |
| | *b)* Bizarrerie du père | 2 — |
| | *c)* Parents bizarres et douteux | 5 — |
| | *d)* Aliénation chez les parents | 2 — |
| | *e)* Père alcoolique et mère nerveuse. | 2 — |

Au point de vue des *antécédents et des caractères personnels :*

| | |
|---|---|
| *a)* 3 à antécédents héréditaires nuls | 1 Stigmates physiques (microcéphalie, oreilles en anses de panier). |
| | 1 Nerveux, coléreux, mauvaise tête. |
| | 1 Original et excentrique. |
| *b)* 2 à antécédents nuls avec renseignements insuffisants | 1 Intelligence médiocre, sombre, impulsions homicides dans l'enfance. |
| | 1 Strabisme et bégayement. |
| *c)* 7 très intelligents | 2 Avec stigmates physiques. |
| | 4 Originaux. Inventeurs. |
| | 1 Fils de père original. A eu la fièvre typhoïde. |
| *d)* 10 intelligence moyenne ou médiocre | 1 Normal (mais fils de père original). |
| | 7 Originaux ; excentriques ; peu sociables ; violents. |
| | 1 Migraineux (père original, frère anormal). |
| | 1 Syphilis et alcool (tante aliénée, oncle paternel suicidé). |

En somme, sur ces 17 malades, 16 présentent ou des antécédents héréditaires psychopathiques ou des stigmates psychopathiques personnels. Chez un seul, nous n'avons trouvé ni les uns ni les autres, mais ce malade présente des stigmates physiques.

J'ajoute, Messieurs, trop peu d'importance aux statistiques globales pour tirer une conclusion de celle qui précède ; vous reconnaîtrez du moins avec moi que si elle a une signification c'est en faveur de l'origine constitutionnelle de la démence précoce. Dire que les individus qui en sont affectés ne sont qu'accidentellement des héréditaires et qu'en général ils ont joui d'une intelligence normale jusqu'au moment où a débuté l'affection, me paraît une assertion injustifiée par les faits.

Mais certains faits particuliers, quand on a pu les observer de près, me semblent avoir en faveur de la thèse que jusqu'à nouvel ordre je crois exacte, une signification particulièrement décisive. Permettez-moi de vous en citer quelques-uns.

J'ai rapporté l'an passé à Bruxelles le cas de deux frères, intellectuellement bien doués en apparence, mais appartenant à une famille où les originaux sont nombreux et qui tous les deux, presque au même âge, ont été affectés de démence précoce. Or un cousin issu de germain de ces deux malades vient d'être lui-même, depuis peu, atteint de la même affection.

Une jeune fille, tombée dans la démence à l'âge de 20 ans, est fille d'un paralytique général et a été conçue alors que la maladie du père était déjà nettement caractérisée; douée d'un caractère violent, fantasque, elle a mené jusqu'à 20 ans la conduite la plus irrégulière bien qu'elle ait été parfaitement élevée. Très coquette, elle donnait en pension le mauvais exemple et s'est fait renvoyer de plusieurs établissements. Mariée, elle divorce, prend un amant, fume de l'opium, s'adonne à la cocaïne.

J'ai été récemment consulté pour deux frères qui, tous les deux, sont atteints de démence précoce ; or j'ai soigné, il y a quelques années, la sœur de ces deux jeunes gens pour des accidents mentaux survenus au cours d'une grossesse et le fils de cette dame, le neveu par conséquent des deux premiers, est lui-même affecté depuis peu de démence précoce[1].

Les faits qui précèdent et auxquels je pourrais en ajouter d'autres, ne démontrent-ils pas, je vous le demande, le rôle de la prédisposition héréditaire ou personnelle dans la genèse de la démence précoce ? Je me refuse, pour ma part, à trouver légitime le rapprochement qu'on a voulu faire de l'étiologie de cette dernière avec celle de la paralysie générale. On oublie qu'il y a un élément étiologique certain dans cette dernière affection, c'est l'élément accidentel, la spécificité; que le rôle de l'hérédité y est douteux ou au moins très accessoire ; c'est l'inverse qui me paraît être pour la démence précoce.

Certes je ne suis pas un partisan systématique du rôle de la prédisposition héréditaire dans les affections nerveuses; je pense qu'après l'avoir trop longtemps méconnu on a eu quelque tendance à lui faire une place excessive au détriment des causes individuelles. Il en a été ainsi notamment dans l'étiologie de l'épilepsie. Mais je me refuse à accepter de vagues hypothèses

1. — J'ai récemment eu à examiner, comme expert, à propos d'une demande en interdiction, une démente précoce dont la mère était elle-même atteinte de la même affection. L'enfant avait été conçue au début, dans une période de rémission.

pour des vérités établies. Jusqu'à nouvel ordre, je persiste à considérer la démence précoce, élimination faite de certaines formes catatoniques qui paraissent ne pas lui appartenir quoiqu'on ait pensé, comme une affection constitutionnelle au moins dans sa forme paranoïde.

Dr E. RÉGIS, *chargé du Cours de Psychiatrie à l'Université de Bordeaux.*

La question mise à l'ordre du jour et qui embrasse pour ainsi dire la pathologie mentale tout entière comprend deux parties : 1° les *démences vésaniques* en général ; 2° la *démence précoce.*

Je les examinerai rapidement l'une et l'autre, en commençant par les démences vésaniques en général.

1° M. Deny, dans son excellent rapport, a cherché à établir que les démences vésaniques ou secondaires devaient être rayées du cadre nosologique, attendu que certaines d'entre elles n'existaient pas et que les autres faisaient partie de la démence précoce, c'est-à-dire des démences primaires.

La démence secondaire à la manie et à la mélancolie ne saurait être admise, dit avec Kraepelin M. Deny, puisque la manie a disparu en tant que psychose et n'est plus qu'un stade de la *folie maniaque dépressive,* et puisque la mélancolie de son côté n'a de vie propre qu'en tant que *psychose d'involution pré-sénile.*

De même, la démence regardée comme secondaire aux psychoses des dégénérés est en réalité une démence primaire, précoce, masquée tout d'abord par des manifestations délirantes. Enfin, la démence consécutive aux folies systématisées chroniques hallucinatoires est aussi une démence primaire, appréciable dès le début des troubles psychiques et rentrant dans le domaine de la démence précoce.

L'opinion de M. Deny est, on le voit, très nette ; elle ne tend à rien moins, en effet, qu'à supprimer toutes les grandes formes de psychoses existantes. Les unes disparaissent purement et simplement, ne laissant que quelques débris qui perdent leur existence et jusqu'à leur nom ; les autres deviennent des variétés de ce grand *Tout* qu'est la démence précoce. C'est là plus qu'une *évolution,* comme il le croit, plus même qu'une

*révolution,* suivant le mot de M. Ballet : c'est un *bouleversement* complet de la psychiatrie actuelle et qui n'en laisse plus rien debout.

Avant d'effacer ainsi d'un trait de plume des types classiques de psychoses lentement acquis au cours des siècles et si longuement éprouvés ; avant de renoncer aux claires découvertes de nos maîtres qui firent la gloire et l'honneur de la psychiatrie française et de les faire disparaître devant les synthèses encore imprécises de la psychiatrie allemande, nous devons attendre que celles-ci, définitivement formulées par leurs auteurs, aient été consacrées par l'expérience et que les autres aient cessé d'exister.

Pour moi, je le dis bien haut, je garde la manie, je garde la mélancolie, parce que ces états morbides — symptomatiques ou non — existent réellement, immuables dans leur physionomie clinique depuis Hippocrate et Arétée, et je repousse de toutes mes forces la conception Kraepelinienne de la *folie maniaque dépressive,* type bâtard de notre folie à double forme, et celle de la mélancolie *psychose pré-sénile,* contraires à la vérité clinique. Je garde, pour la même raison, les psychoses des dégénérés et les psychoses systématisées. Je garde, enfin, les démences vésaniques secondaires, parce que l'observation nous montre la réalité de ce principe fondamental sur lequel reposent la plupart de nos classifications, à savoir que, dans les psychoses, c'est la perturbation mentale qui commence et l'affaiblissement qui suit et que, lorsque les psychoses se terminent par la démence, c'est, non pas comme dit M. Deny, une dyspepsie qui ferait place à un cancer, mais bien le trouble de la fonction qui aboutit à la longue et tout naturellement à l'usure de l'organe.

Si j'insiste sur cette question, ce n'est pas seulement parce qu'elle est scientifiquement d'une importance capitale ; ce n'est pas seulement non plus parce que je voudrais réagir contre des tendances philonéiques et germanophiles, qui me paraissent outrées, c'est aussi parce que nous avons charge d'enseignants et que nous devons à tous ceux qui nous écoutent, praticiens et élèves, des notions claires, précises et durables sur la psychiatrie.

2° J'aborde maintenant ce qui a spécialement trait, dans le rapport de M. Deny, à la *démence précoce.*

Ici — et bien que les premières origines de la maladie soient attribuables à des Français, particulièrement à Morel — je ne fais aucune difficulté de reconnaître que nous sommes beaucoup redevables aux auteurs allemands.

Pour ma part, je rends grâces à ces auteurs et à ceux des nôtres qui, comme Sérieux, Chaslin et Séglas, Deny et Roy, Masselon ont introduit en France leurs travaux sur la démence précoce. Cela m'a permis, dans ces dernières années, d'étudier sous un jour nouveau des types morbides que je connaissais mal ; par suite, d'élargir pour moi et pour mes élèves le champ commun de nos recherches.

J'ajoute que mes observations, portant environ sur vingt-cinq malades hors de conteste et que j'ai minutieusement suivis soit seul, soit avec mon ami M. Lalanne, m'ont permis de constater la très réelle exactitude clinique des états appelés catatoniques, hébéphréniques, paranoïdes.

Je ne discuterai donc pas à cet égard le rapport de M. Deny et, laissant de côté, comme il l'a fait, les détails du problème, je l'examinerai dans son énoncé, dans son principe, seul moyen d'aboutir, si possible, à une solution.

Je me bornerai simplement, en ce qui concerne la partie descriptive du travail de M. Deny, à insister sur ce fait que Morel a tracé le premier, dans ses *Études cliniques*, la symptomatologie de la démence précoce et en a relaté et représenté en images des exemples typiques. Je fais passer l'une de ces images sous vos yeux, pour qu'il ne reste plus, dans l'esprit de personne, aucun doute à cet égard.

J'ajoute aussi que l'hérédité similaire de la démence précoce, non observée personnellement par M. Deny, n'est peut-être pas très rare, car je l'ai constatée à plusieurs reprises, notamment chez une catatonique actuellement dans mon service et dont la mère, qui se trouve depuis de longues années à l'Asile de Pau, vous sera présentée par M. Masselon, comme une démente précoce ancienne, lors de notre visite à l'établissement.

Je signale, enfin, que je n'ai trouvé chez mes malades, de façon vraiment significative, ni le dermographisme, ni l'exagération des réflexes tendineux, ni la formule hématologique qui y ont été donnés comme très fréquents et presque caractéristiques.

Le problème essentiel posé par M. Ballet et qu'a cherché à résoudre M. Deny est le suivant :

*La démence précoce est-elle une maladie constitutionnelle ou une maladie accidentelle?*

M. Deny conclut, vous le savez, en admettant dans l'étiologie de la démence précoce l'existence et d'une *prédisposition* et d'une *cause occasionnelle* (auto-intoxication, surtout sexuelle), celle-ci prédominante, si bien que la démence précoce est pour lui, finalement, une maladie accidentelle, toxique, et non une dégénérescence.

Ce n'est pas moi, certes, qui combattrai la conclusion de M. Deny en faveur d'une étiologie toxique, puisque — il a bien voulu le rappeler — je n'ai cessé d'insister sur le rôle si important des intoxications dans les maladies mentales et puisque, au Congrès international de 1900, je soutenais seul déjà que l'hébéphrénie, surtout avec symptômes catatoniques, est due à une auto-intoxication.

Mais le problème posé comportait deux termes et M. Deny n'en a, à mon sens, abordé qu'un, le dernier.

Avant d'examiner si le vaste groupement psychopathique présenté par Kraepelin sous le nom de démence précoce était une maladie constitutionnelle ou accidentelle, il fallait tout d'abord bien établir que ce groupement était fondé.

Or, M. Deny a considéré la question comme résolue, alors que, nous le savons tous, il est bien loin d'en être ainsi.

C'est ce premier terme du problème, celui de la réalité de la démence précoce telle que la comprend Kraepelin, sur lequel il me paraît, par conséquent, indispensable de revenir.

En ce qui me concerne, j'admets, comme je viens de le dire, que les trois états morbides qui constituent les formes principales de la démence précoce de Kraepelin : catatonie, hébéphrénie, délire paranoïde, existent et répondent exactement à la description donnée ; mais je n'admets pas du tout, ou du moins il ne m'est pas du tout prouvé, que ces trois états fassent corps entre eux et soient des variétés d'une seule et même maladie.

Ce n'est point leur existence individuelle qui est contestée, c'est leur réunion en synthèse morbide qui n'est pas établie et qui, même à mon avis, n'est pas justifiée.

Pour tout dire, en un mot, le bloc de la démence précoce ne

m'apparaît pas comme homogène : c'est une mosaïque, dont les éléments sont disparates et mal cimentés entre eux.

Je n'ai pas la prétention d'apporter dès aujourd'hui une division et une répartition rationnelles et définitives des divers états psychopathiques englobés par Kraepelin sous la dénomination commune de démence précoce, et je crois que nous ne pouvons avoir encore, les uns et les autres, à ce sujet, qu'une opinion d'attente ; mais, d'ores et déjà, j'y distingue deux types essentiellement différents.

Un premier type est celui des jeunes sujets plus ou moins tarés antérieurement qui, après certaines promesses intellectuelles, s'arrêtent d'abord, puis déclinent. Arrêt d'évolution, déclin rapide et définitif, telles sont les deux étapes caractéristiques de cette faillite cérébrale de l'adolescence, connue des auteurs anciens, bien précisée par Morel et à laquelle revient légitimement et spécialement l'appellation de *démence précoce*. Ce type comprend un certain nombre de cas des trois formes de démence précoce de Kraepelin et tout particulièrement des cas de la forme hébéphrénique. Il est surtout *constitutionnel*.

Le second type est tout différend. Ici, avec ou sans prédisposition antérieure, le processus pathologique débute par un accès de confusion mentale aiguë, toxique ou infectieuse. Au cours ou à la suite de cet accès aigu se produisent des phénomènes de stupeur, avec l'ensemble des symptômes caractéristiques de la catatonie. Tout cela se termine souvent par la guérison complète, sans déficit mental, et ce n'est que dans les cas où l'incurabilité survient que les malades tombent à la longue dans la démence.

Ce processus pathologique, avant tout *accidentel*, figure à tort, selon nous, dans la démence précoce. Il ne lui appartient à aucun titre. Dans ses premières périodes, il représente purement et simplement une psychose toxique, une confusion mentale parfaitement curable, et la démence qui la termine dans certains cas, bien que précoce si elle frappe un sujet jeune et survient rapidement, est avant tout une *démence post-confusionnelle*.

Je fais passer sous vos yeux une série de photographies de malades de mon service clinique qui montrent bien ces deux types et les différences qui les séparent.

En résumé, la démence précoce est actuellement et tend de plus en plus à devenir un groupe démesuré, excessif, d'états pathologiques dissemblables, « un immense océan sans limite et sans fond », comme les partisans irréductibles de son extension le disaient autrefois eux-mêmes de la dégénérescence.

Si l'on persiste à la concevoir ainsi, la confusion et les discussions se continueront indéfiniment à son sujet, au grand préjudice de l'évolution de la psychiatrie. Si, au contraire, on consent à la dissocier, à la scinder en parties homogènes, sa notion ne peut que devenir claire, précise et profitable à tous.

Il est possible de reconnaître d'ores et déjà en elle deux grands types morbides :

1° La *démence précoce* vraie, faite à la fois et successivement d'arrêt et d'affaiblissement intellectuel, de dégénérescence et de démence, et représentant un état avant tout constitutionnel ;

2° Des *psychoses d'intoxication,* à forme de confusion mentale et à caractères plus spécialement catatoniques, guérissant fréquemment et aboutissant, lorsqu'elles persistent, comme toutes les psychoses, à une *démence secondaire,* précoce ou non, mais essentiellement post-confusionnelle. Ces psychoses d'intoxication, maladies avant tout accidentelles, n'appartiennent pas à la démence précoce et doivent en être détachées.

Dr MASSELON, *Médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Pau.*

**De certains caractères psychologues de la démence précoce et des limites de cette affection.** — Bien que la psychologie des déments précoces soit assez complexe, il m'a semblé qu'il était possible de dégager dans la masse des symptômes que ces malades peuvent présenter ceux qui me paraissent plus particulièrement importants au point de vue du diagnostic et, me basant sur ces symptômes, d'essayer de montrer les limites qu'il convient d'assigner à cette affection.

Dans son rapport si remarquable par son esprit méthodique et sa clarté, M. Deny a bien montré qu'il y avait tout un groupe d'affections dans lequel la démence était primitive : cette conception me paraît devoir éclairer considérablement la compréhension de nombreux cas cliniques. Mais je ne crois pas que toutes ces démences primitives doivent venir se confondre avec

la démence précoce. Je crois que le dément précoce se différencie assez nettement de certains autres déments auxquels je ferai allusion dans cette communication.

On a beaucoup insisté sur ce que j'appellerai les symptômes secondaires de démence précoce, par exemple la suggestibilité, l'échomimie et l'échopraxie, le négativisme, les stéréotypies, etc. Tous ces symptômes ont sans doute une grosse valeur, mais seulement s'ils sont analysés. Ce ne sont en effet que les manifestations de troubles psychiques élémentaires plus profonds qui caractérisent l'affaiblissement intellectuel particulier de ces malades.

Ces troubles appellent immédiatement l'attention lorsque l'on a la chance de tomber sur des cas qui ont débuté par une phase neurasthénique. Sans vouloir insister ici sur ces faits connus de tous, je dirai que cette phase est caractérisée par la diminution de l'activité intellectuelle et de l'effort mental. Si l'on pénètre plus profondément dans l'analyse de ce phénomène, on remarque que la cause en est dans *la diminution de tous les ressorts affectifs qui, à l'état normal, soutiennent l'activité de l'esprit, dans la désagrégation de la logique intérieure, dans l'établissement progressif d'attitudes fixes et d'automatismes.*

Le malade devient apathique, inerte, perd toute curiosité, non que les images mentales, au moins au début, soient moins vives, mais ces images ne sont plus synthétisées, rattachées d'une façon logique à la personnalité du malade. Ce dernier caractère différencie le dément précoce du neurasthénique ou du mélancolique chez lequel les images mentales ne s'évoquent que difficilement, au prix d'un grand effort, et qui conserve une conscience affective de son état.

La désagrégation psychique qui caractérise le dément précoce est « intégrale », suivant l'expression de M. Dromard[1], en ce sens qu'elle porte non seulement sur les associations d'images et d'idées, mais encore sur les associations entre les états intellectuels et les états affectifs. Cette incoordination intrapsychique, comme l'a appelée Stransky[2] me paraît un signe

1. — Dromard : Étude psychologique sur la stéréotypie. *Revue de Psychiatrie*, Juillet 1904.

2. — Stransky : Zur Lehre von der Dementia praecox. *Centr. f. Nerv. u. Psych.*, 15 Janvier 1904.

d'une grosse valeur. Par lui s'expliquent ces brusques raptus émotionnels, qu'aucune représentation ne conditionne ou n'accompagne, ces paramimies, ces attitudes bizarres maniérées qui ne répondent à aucun sentiment, et aussi peut-être le négativisme, simple attitude d'opposition non motivée par un processus logique.

Cette incoordination intra-psychique, forme de la désagrégation intégrale, différencie le dément précoce de l'hystérique chez lequel certains groupements tendent bien à vivre d'une vie automatique et autonome, mais où, par exemple, la liaison entre les états affectifs et les états intellectuels subsiste, les émotions, les attitudes s'accompagnant de leur contenu représentatif, ou bien les représentations suggérant immédiatement l'émotion, le sentiment correspondant. (Stransky.)

« Incoordination intra-psychique » primitive, désagrégation intégrale des éléments de l'esprit avec vie autonome mais de plus en plus réduite de ces éléments, telle me paraît bien être la caractéristique psychologique de la démence précoce.

Ces lésions psychiques sont d'ailleurs en rapport avec les lésions anatomiques constatées à l'autopsie par MM. Klippel et Lhermitte[1]. Ces auteurs concluent en effet que le symptôme démence est le résultat de la désagrégation cellulaire, de l'autonomie cellulaire : ainsi l'analyse psychologique et l'analyse anatomopathologique, bien qu'ayant été pratiquées d'une façon isolée, se rencontrent en des expressions à peu près identiques.

Je n'ai entendu rappeler ici qu'un trait très général que l'on dépistera à travers des symptômes variés en suivant longtemps les malades et en ne se laissant pas distraire par les phénomènes d'excitation ou de confusion qui peuvent les masquer. Les *états de confusion* existent fréquemment en effet au cours de la démence précoce. Mais le dément précoce est autre chose qu'un confus. Je rappellerai seulement ici, pour différencier ces deux groupes de malades, le début généralement insidieux de la démence précoce, l'allure un peu contradictoire de cette prétendue confusion où le malade, quoique plongé dans la stupeur, témoigne par certains signes qu'il sait ce qui se passe autour de lui, mais où, par contre, manquent ces états d'égarement, d'éton-

1. — Klippel et Lhermitte : Démence précoce : anatomie pathologique et pathogénie. *Rev. de Psych.*, Février 1904.

nement par lesquels le confus simple réagit au trouble qui l'envahit. Dans l'amentia, la confusion mentale est primitive; dans la démence précoce elle ne survient qu'à titre passager : aussi me paraît-il difficile de ramener, comme le veut M. Régis, la démence précoce à la confusion.

Néanmoins il faut reconnaître que les rapports qui existent entre certains cas d'amentia et la démence précoce, sont aujourd'hui encore bien mal déterminés. A côté des cas nets de démence précoce dans lesquels l'affaiblissement intellectuel est primitif, il en existe d'autres où à la suite d'une phase de confusion mentale on voit survenir un affaiblissement intellectuel plus ou moins rapide, plus ou moins prononcé, quoique l'on n'ait pas observé dans la phase aiguë les signes caractéristiques de la maladie. Doit-on, se basant sur un mode de terminaison identique, ranger ces cas dans la démence précoce, ou bien les considérer au contraire comme des états démentiels consécutifs à l'amentia? C'est là une question sur laquelle je ne crois pas que l'on puisse se prononcer encore aujourd'hui : il semble même que l'analyse clinique soit impuissante à résoudre ce problème et qu'il nous faille attendre pour le trancher que les conditions étiologiques et pathogèniques de ces diverses affections nous soient mieux connues.

Les caractères psychologiques de la démence précoce que je viens de décrire me conduisent à examiner le cas de ces délires rangés par Kraepelin dans la démence paranoïde sous le nom de *délires systématisés fantasques,* cadre qui englobe tous les délires systématisés à base hallucinatoire évoluant vers la démence et dans lequel se trouve compris le *délire chronique* de Magnan.

Dans son très intéressant rapport, M. Deny est porté à accepter les idées si originales du professeur de Heidelberg. M. le docteur Sérieux, quoiqu'il en ait écrit autrefois, tendrait aussi aujourd'hui aux mêmes conclusions. J'avoue que de grosses difficultés me paraissent devoir militer contre cette hypothèse. Je crois qu'ici il ne faut pas se laisser entraîner par l'idée que toutes ces psychoses se terminent par la démence. Sans contester la valeur du principe qui consiste à classer dans un même groupe morbide toutes les maladies mentales qui ont une même évolution, je crois qu'il faut analyser ce concept d'évolution. Une évolution identique est autre chose qu'une terminaison identique :

on peut même soutenir que le mode de terminaison n'est qu'un phénomène accessoire dans l'évolution d'une maladie. Il est inadmissible de ranger dans un même groupe morbide toutes les affections mentales qui se terminent par la démence et dans un autre toutes celles qui se terminent par la guérison. La conception de la démence précoce est indépendante du mode de terminaison par la démence. Démence précoce veut dire seulement affaiblissement primitif des facultés intellectuelles : cet affaiblissement peut rétrocéder et le malade guérir si les lésions cellulaires rétrocèdent et guérissent. Je ne veux pas insister sur la guérison de la démence précoce : j'en ai, pour ma part, observé un cas ; j'en ai publié un autre où l'affaiblissement intellectuel était si peu prononcé que le malade avait pu être considéré comme guéri. Je tiens seulement à insister sur ce point que s'il y a quelques arguments de mots contre la guérison de la démence précoce, ces arguments tombent lorsque l'on a bien soin de définir le groupe morbide que l'on a en vue.

Quoiqu'il en soit, les délires systématisés à base hallucinatoire évoluant vers la démence me paraissent avoir un aspect clinique différent de celui de la démence précoce. L'âge d'apparition de la maladie, sa plus longue évolution, l'incoordination intra-psychique plus rare, la systématisation du délire témoignant d'une activité intellectuelle plus longtemps conservée, l'intérêt conservé pour l'objet du délire, la curiosité, la recherche souvent très développées, la rareté plus grande des impulsions, des tics, des phénomènes d'automatisme militent en faveur d'un processus démentiel différent de celui de la démence précoce. Même dans la période de démence terminale, ces malades se distinguent des déments précoces par de nombreux traits cliniques quoique stéréotypés ; alors, ils restent des hostiles, des méfiants ou bien des orgueilleux et des ambitieux dont l'attitude, les gestes, les mouvements sont encore en rapport avec les sentiments qui avaient dominé leur délire ; leur intelligence est réduite, mais elle est beaucoup moins désagrégée que celle des déments précoces.

Malgré ces différences dans l'aspect clinique, il me faut reconnaître que, comme l'a fort bien montré le rapporteur, ces malades se rapprochent des déments précoces par ce fait que leur affaiblissement intellectuel est primitif ; la démence ici n'est

pas secondaire ; elle fait partie de l'affection dès sa phase de début. Aussi la conception de Kraepelin qui a dissocié l'ancien groupe des paranoïa, en mettant d'un côté les délires à base d'interprétation délirantes avec conservation des facultés syllogistiques de l'esprit et, de l'autre, les délires plus ou moins systématisés à base hallucinatoire évoluant vers la démence, me semble-t-elle pleinement justifiée par les faits. Dans cette conception, le délire chronique de Magnan ne forme pas un groupe spécial et, en fait, on observe tous les intermédiaires entre ce délire et d'autres moins bien systématisés ; les différences d'aspect sont sans doute déterminées par le degré de l'intelligence antérieure, par le mode de réaction du cerveau au processus morbide qui l'envahit. Aussi, d'après ces considérations, me semble-t-il impossible de tracer une ligne de démarcation bien nette entre le délire chronique et ces délires systématisés ; il y a tout avantage, comme le fait Kraepelin, à les grouper ensemble dans la démence paranoïde ou paranoïaque, cadre morbide qui vient ainsi prendre place dans les démences primitives, à côté de la démence précoce, mais qui reste distinct d'elle.

Je ne reviendrai pas ici sur la question de la démence précoce, psychose accidentelle. M. Deny a bien mis en lumière les raisons anatomo-cliniques qui plaident en faveur de cette hypothèse. Je veux cependant attirer l'attention sur le cas de certains débiles dont l'état intellectuel s'affaiblit encore à l'époque de la puberté. J'ai observé un cas de ce genre dans le service de M. le Dr Sérieux : il s'agissait d'un débile dont le développement intellectuel avait été très tardif ; doué d'une mémoire assez vive, les qualités de jugement, de volonté avaient toujours fait défaut. A l'époque de la puberté, l'état mental faiblit encore ; alors se développèrent des tics, des impulsions ; les distractions devinrent plus grandes, le sujet était désorienté, l'affectivité était nulle, l'indifférence complète ; bref, on se trouvait en présence d'un malade réalisant assez bien le tableau clinique des formes simples de la démence précoce. Je ne sais si, se basant sur l'identité clinique, on doit ranger des cas semblables dans le cadre de la démence précoce. Bien que les causes de cette affection nous soient encore inconnues, je serais, pour ma part, disposé à les en exclure ; ici, la débilité originelle me semble

suffisante pour expliquer, sous l'influence de causes occasionnelles quelconques, la démence ultérieure. Ces malades rentrent dans la conception de Morel et se différencient au point de vue de leur vie mentale antérieure du dément précoce, sujet évidemment souvent prédisposé, mais dont les antécédents ne révèlent aucune tare personnelle dégénérative grave.

Il découle, de ces quelques considérations, que je considère la démence précoce comme une psychose accidentelle, caractérisée par une désagrégation précoce et intégrale des éléments et de la logique intérieure de l'esprit, avec conservation plus ou moins longue de la vie autonome de ces éléments, psychose susceptible de guérison, mais qui évolue dans le plus grand nombre des cas, soit simplement, soit à travers des phénomènes aigus variés (états d'excitation, de stupeur catatonique, de confusion, états délirants, etc.), vers un affaiblissement psychique définitif et que je la sépare, jusqu'à plus ample informé, des états démentiels consécutifs à l'amentia, de la démence paranoïde et des états d'affaiblissement intellectuel qui surviennent chez les débiles sous des causes banales, surtout à l'époque de la puberté.

M. CROCQ, *Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles (Belgique).*

La partie du très intéressant rapport de M. Deny, sur laquelle je désirerais faire quelques observations est celle qui traite de la *fréquence* et de l'*étiologie* de la démence précoce.

J'ai attentivement examiné les observations des malades, hommes et femmes, entrés à l'Asile d'Uccle depuis quelques années, malades que j'ai presque tous connus puisque je dirige, depuis cinq ans, le service médical de cet Asile.

Mes recherches portent sur *150 hommes* et *150 femmes;* ces sujets sont les 300 derniers entrants dont les observations se trouvent consignées dans le registre officiel de l'établissement. Sur ce total, je trouve *47 démences* précoces, soit *15,66* °/₀, non compris les délires systématisés dont *19 hommes* et *28 femmes*, ce qui fait une proportion de *12,66* °/₀ pour les uns et de *18,51* °/₀ pour les autres.

Le chiffre total de 15,66 °/₀, supérieur à celui de Kraepelin[1],

1. — Kraepelin : *Traité de Psychiatrie*, 7me édition, 1904.

qui indique *14 à 15* °/₀, y compris les délires systématisés, supérieur également à celui de Sérieux, qui trouve *12 à 14* °/₀ et à ceux de Séglas et Deny[1], qui arrivent à *13 à 14* °/₀, est inférieur au nombre de *28* °/₀, fixé par Lévi Bianchini[2]. La proportion de *10* °/₀ donnée par Meeus[3] est moins élevée que celle de tous les auteurs ; elle s'explique par ce fait que les déments précoces présentent des périodes impulsives peu favorables à l'admission dans une colonie familiale. Mon chiffre total de 15,66 °/₀ se rapproche, en somme, assez bien de ceux obtenus par Kraepelin, Séglas et Deny. Mais où la proportion diffère essentiellement, c'est lorsqu'on envisage le nombre des déments précoces d'après le sexe.

Sérieux[4] trouve, à Ville-Evrard, *14* °/₀ pour les femmes et *12* °/₀ pour les hommes ; Meeus *16* femmes et *24* hommes sur 40 malades ; Lévi-Bianchini *14,2* °/₀ pour les femmes et *18,8* °/₀ pour les hommes.

Pour ma part, j'arrive à *18,51* °/₀ pour les femmes et *12,16* °/₀ pour les hommes.

J'ai donc, avec Sérieux, observé un plus grand nombre de femmes que d'hommes atteints de démence précoce ; cette différence dépend sans doute de la qualité des malades. M. Sérieux et moi traitons des patients de la classe aisée, intellectuelle ; peut-être la démence précoce, peu fréquente chez l'homme dans la classe pauvre, est-elle plus commune chez la femme dans la classe élevée.

Afin de déterminer l'âge auquel la démence précoce se montre, j'ai soigneusement noté l'époque du *début de la maladie*. *(Voir plus loin le tableau des observations.)*

Parmi les *28 cas* observés chez les *femmes*, 1 s'est produit à 14 ans, 5 entre 21 et 25 ans, 6 entre 26 et 40 ans, 9 entre 31 et 35 ans, 4 entre 36 et 40 ans, 1 entre 41 et 45 ans, 1 entre 46 et 50 ans, 1 entre 51 et 55 ans. Parmi les *19 hommes*, la maladie

1. — Deny : *Des Démences vésaniques* (Rapport au XIVe Congrès des aliénistes. Pau, 1904, p. 53).

2. — Cité par Deny.

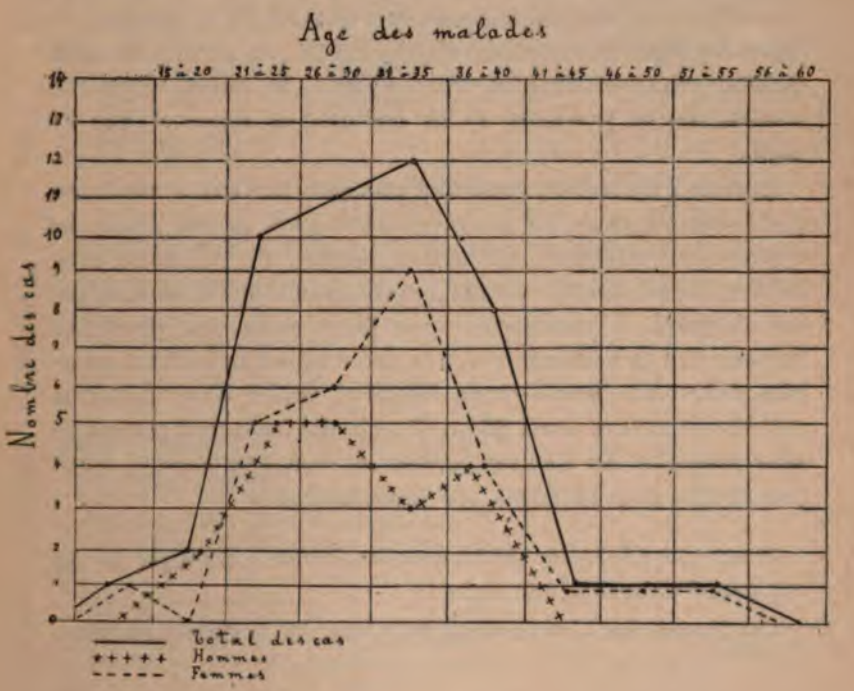
3. — Meeus : *De la démence précoce chez les jeunes gens* (" Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique ", 1902).

4. — Sérieux : *La démence précoce* (" Gaz. hebd. de Méd. ", 10 mars 1901).

a débuté 2 fois entre 15 et 20 ans, 5 fois entre 21 et 25 ans, 5 fois entre 26 et 30 ans, 3 fois entre 31 et 35 ans, 4 fois entre 36 et 40 ans.

Si j'envisage l'âge général des malades au début de la maladie, sans distinction de sexe, je trouve que, sur *47 sujets,* l'affection a débuté 1 fois avant 15 ans, 2 fois entre 16 et 20 ans, 10 fois entre 21 et 25 ans, 11 fois entre 26 et 30 ans, 12 fois entre 31 et 35 ans, 8 fois entre 36 et 40 ans et 1 fois entre 41 et 45, entre 46 et 50 et entre 51 et 55 ans.

Voici le diagramme de ces constatations.




Ces résultats diffèrent notablement de ceux des auteurs ; si, d'une manière générale, je dois dire, avec M. Deny, que la période la plus favorable à l'éclosion de la démence précoce est de 15 à 30 ans, puisque j'ai *24 cas* avant 30 ans et *23* seulement après, mes constatations ne sont pas d'accord avec celles de Kraepelin, Meeus et Deny qui évaluent à 60 °/₀, 80 °/₀ et 85 °/₀ le nombre des cas ayant débuté avant 25 ans.

Dans mon diagramme, on voit que, d'une manière générale, la maladie a débuté, le plus souvent, entre *31 et 35 ans* (12), puis entre *26 et 30 ans* (11), puis entre *21 et 25 ans* (10), puis entre *36 et 40 ans* (8). Le nombre de mes déments précoces est un peu supérieur (21) entre 21 et 30 ans qu'entre 31 et 40 ans (20).

Je pense que ces différences dans les statistiques dépendent du terme même de la démence précoce qu'il vaudrait peut-être mieux appeler, avec Ballet, *démence rapide*. Malgré soi, en pensant à la démence précoce, on se laisse influencer par cette idée que la maladie est exclusive à la puberté. Le terme de « précoce » qui doit caractériser la *précocité de la démence* eu égard au début des troubles mentaux, finit par perdre sa signification réelle et devient, dans l'esprit, le terme servant à caractériser la *précocité de la maladie* eu égard à l'âge du sujet.

Quoi qu'il en soit, on remarque que, dans mes cas, le maximum a été obtenu, *pour les femmes, entre 30 et 35 ans ; pour les hommes,* au contraire, *entre 20 et 30 ans ;* de plus, entre *40 et 55 ans,* aucun homme n'a été atteint tandis que *3 femmes* ont été frappées. Il semblerait donc bien, ainsi que Meeus l'a signalé, que la démence précoce débutant à l'âge adulte serait plus fréquente dans le sexe féminin, tandis que, quand la maladie se montre avant 25 ou 30 ans, elle frapperait surtout le sexe masculin. En d'autres termes, la démence précoce serait plus tardive chez la femme que chez l'homme.

Je me suis efforcé de déterminer les facteurs étiologiques qui ont donné naissance à la maladie.

J'ai dressé, dans les tableaux suivants, les résultats obtenus.

## I. — FEMMES

| Noms. | Date de la naissance. | Date de la collocation. | Date du début de la maladie. | Age au début. | Hérédité. | Chagrins. | Surmenage. | Puerpéralité. | Ménopause. | Traumatisme. | Autres causes. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D. B. | 1865 | 1895 | 1890 | 25 ans | ..... | | | | | | |
| D. | 1863 | 1895 | 1887 | 24 » | Oncle paternel névropathe. | | | | | | |
| C. | 1872 | 1896 | 1896 | 24 » | Trois tantes maternelles aliénées, grand-père aliéné, grand'mère hystérique, sœur suicidée. | 1 | | | | | |
| A. | 1868 | 1896 | 1896 | 32 » | ..... | | 1 | | | | |
| D. | 1868 | 1896 | 1896 | 32 » | Mère mélancolique, plusieurs aliénés dans la famille. | 1 | | | | | |
| B. | 1857 | 1896 | 1892 | 35 » | Frère atteint de démence précoce. | 1 | | | | | |
| D. R. | 1862 | 1897 | 1892 | 30 » | ..... | | | 1 | | | |
| M. | 1867 | 1897 | 1894 | 27 » | Famille de névrop. | 1 | | | | | |
| H. | 1860 | 1897 | 1897 | 37 » | ..... | | | | | | |
| H. | 1862 | 1897 | 1895 | 32 » | ..... | 1 | | | | | |
| P. | 1851 | 1899 | 1895 | 44 » | ..... | | | | 1 | | |
| M. | 1869 | 1899 | 1899 | 30 » | Grand-père et grand'mère morts d'hémorrh. cérébrale. | | | | | | |
| S. | 1863 | 1899 | 1899 | 36 » | Hérédité névrop. | | | | | | |
| S. | 1868 | 1899 | 1899 | 31 » | Père mort d'apopl. | | | | | | |
| L. | 1863 | 1900 | 1899 | 36 » | ..... | | 1 | | | | |
| V. | 1863 | 1900 | 1900 | 37 » | Mère aliénée. | | | | | | Alcoolisme. |
| P. | 1883 | 1900 | 1897 | 14 » | Parents nerveux. | | | | | | |
| G. | 1850 | 1900 | 1895 | 35 » | Mère, une sœur et deux frères colloqués. | 1 | | | | | |
| V. | 1865 | 1901 | 1900 | 35 » | ..... | | | 1 | | | |
| V. | 1866 | 1901 | 1898 | 32 » | Mère colloquée. | | | 1 | | | |
| F. | 1874 | 1901 | 1901 | 27 » | Famille névropath. | | | | | | Syphilis. |
| A. | 1853 | 1902 | 1902 | 49 » | Plusieurs nerveux, frère suicidé. | | | | 1 | | |
| M. | 1877 | 1902 | 1897 | 20 » | ..... | 1 | | | | | |
| C. | 1873 | 1902 | 1902 | 29 » | Grand'mère maternelle aliénée. | 1 | | | | | |
| G. | 1879 | 1902 | 1900 | 21 » | ..... | | | | | | |
| B. | 1864 | 1902 | 1897 | 33 » | Mère hystérique. | | | | | 1 | |
| V. | 1875 | 1903 | 1902 | 27 » | Frère sourd, mère simple. | 1 | | | | | |
| F. | 1847 | 1901-02-03 | 1901 | 54 » | Deux sœurs hystériques. | | | | 1 | | |
| 28 cas. | | | | | | 9 | 2 | 3 | 3 | 1 | Alcoolisme 1<br>Syphilis 1 |

## II. — HOMMES

| Noms. | Date de la naissance. | Date de la collocation. | Date du début de la maladie. | Age au début. | Hérédité. | Chagrins. | Surmenage. | Puerpéralité. | Ménopause. | Traumatisme. | Autres causes. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D. | 1866 | 1897 | 1896 | 30 ans | Père aliéné. | | 1 | | | | |
| D. | 1872 | 1898 | 1896 | 24 » | Bisaïeul et quatre tantes apoplectiques, père fou moral. | | | | | 1 | |
| D. | 1874 | 1898 | 1898 | 24 » | ..... | | | | | 1 | |
| B. | 1868 | 1899 | 1898 | 30 » | ..... | | | | | | Impaludisme. |
| P. | 1881 | 1900 | 1900 | 19 » | Famille névropathique. | | | | | | |
| S. | 1874 | 1900 | 1898 | 22 » | Famille névropathique. | | | | | | |
| V. | 1865 | 1900 | 1900 | 35 » | ..... | | | | | | |
| R. | 1865 | 1901 | 1901 | 36 » | Père dément alcoolique. | | | | | | |
| D. | 1877 | 1901 | 1900 | 23 » | ..... | | | | | | |
| T. | 1876 | 1901 | 1901 | 24 » | Famille névropathique. | | 1 | | | | |
| M. | 1881 | 1901 | 1901 | 20 » | Frère suicidé, mère colloquée, frère dément précoce. | | | | | | |
| P. | 1862 | 1902 | 1902 | 40 » | ..... | | | | | | Alcoolisme. |
| V. | 1870 | 1902 | 1901 | 31 » | Père goutteux, mère hystérique. | | | | | 1 | |
| T. | 1873 | 1902 | 1900 | 27 » | Hérédité névropathique. | | | | | | |
| G. | 1861 | 1902 | 1900 | 39 » | Oncle et frère apoplectiques. | | 1 | | | | |
| W. | 1868 | 1903 | 1897 | 29 » | Mère hystérique. | | | | | | Syphilis (pas de surmenage ni d'alcoolisme). |
| D. | 1868 | 1903 | 1902 | 34 » | Sœur et tante colloquées. | | | | | | Syphilis. |
| B. | 1864 | 1903 | 1902 | 36 » | Mère apoplectique. | 1 | | | | | |
| H. | 1873 | 1904 | 1903 | 30 » | Père alcoolique, mère et sœur déséquilibrées. | 1 | | | | | |
| 19 cas. | | | | | | 2 | 3 | | | 3 | Impaludisme 1<br>Alcoolisme 1<br>Syphilis 2 |

Sur les *47 cas* je rencontre *32 fois* des antécédents névropathiques ou psychopathiques, souvent très accentués, ce qui fait une proportion de *68,08* °/₀, chiffre qui correspond à peu près à ceux de Mucha (75 °/₀), Kraepelin (70 °/₀) et Deny.

Parmi les causes occasionnelles, j'ai trouvé, sur le total des cas : *11 fois* les *chagrins prolongés, 5 fois* le *surmenage intellectuel, 4 fois* le *traumatisme* et *3 fois* la *syphilis*.

Sur les *28 femmes*, je relève : *9 fois* les chagrins, *3 fois* la ménopause, *3 fois* la puerpéralité, *2 fois* le surmenage intellectuel, *1 fois* la syphilis, *1 fois* l'alcoolisme et *1 fois* le traumatisme.

Chez les *19 hommes*, je trouve : *3 fois* le surmenage intellectuel, *3 fois* le traumatisme, *2 fois* les chagrins, *2 fois* la syphilis, *1 fois* l'impaludisme et *1 fois* l'alcoolisme.

Les *chagrins* seraient donc une cause plus fréquente chez les *femmes* tandis que le *surmenage intellectuel* et le *traumatisme* se rencontreraient au contraire plus souvent chez les hommes.

Dans son intéressant rapport, M. Deny considère la syphilis et l'alcoolisme comme complètement étrangers au développement de la démence précoce ; je n'ai cependant pu trouver aucun autre facteur étiologique dans mes trois cas de syphilis et dans mes deux cas d'alcoolisme. Je sais bien que, eu égard au grand nombre des syphilitiques et des alcooliques, la démence précoce est rarement provoquée par ces facteurs, mais je ne vois pas pourquoi ces intoxications ne seraient pas, tout comme les auto-intoxications, l'impaludisme, le surmenage, les chagrins, la ménopause, la puerpéralité, susceptibles de faire éclore la maladie *chez un individu prédisposé*.

Je crois également que les *traumatismes* sont une cause assez fréquente de démence précoce. D'après mon tableau, la proportion serait chez les hommes de 15,26 °/₀ (3 cas) et chez les femmes de 3,57 °/₀ (1 cas).

On sait que Lewinstein-Schlegel et von Muralt[1] considèrent les traumatismes crâniens comme une cause fréquente de catatonie. Kraepelin n'admet pas cette idée : il considère les blessures à la tête comme trop fréquentes chez les enfants pour

1. — Von Muralt : *Catatonie et traumatismes crâniens (All. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1900).

pouvoir être sérieusement invoquées parmi les causes de démence précoce. M. Deny approuve cette manière de voir.

Je vais essayer de démontrer la relation directe, de cause à effet, qui unit les traumatismes à la démence précoce, en invoquant, non pas des cas dans lesquels le traumatisme, plus ou moins problématique et, en somme banal, frappe l'enfant, mais bien des observations où le choc, atteignant un adulte, paraît créer la maladie.

Voici le résumé de ces observations :

I. — D..., Aristide, âgé de 26 ans, entre à la maison de santé le 8 avril 1898; l'hérédité contient un bisaïeul mort apoplectique et quatre tantes paternelles mortes tuberculeuses. Le père du malade est un fou moral. Celui-ci, d'une constitution robuste, a été, pendant deux ans environ, coureur-cycliste ; après avoir obtenu des succès, il éprouva des revers. Au surmenage physique et aux chagrins vient bientôt se joindre un traumatisme crânien, subi un an avant sa collocation, à l'occasion d'une chute de bicyclette. A partir de cet accident, le patient devint sombre, inerte, entêté (sic). A son entrée à l'établissement, je constate, au niveau de l'arcade sourcilière gauche, une cicatrice adhérente à l'os ; celui-ci est déprimé assez fortement. Le malade était affaissé, sitiophobe, et manifestait des idées religieuses et de suicide, avec hallucinations auditives.

Après avoir présenté des périodes courtes d'agitation, la stupeur s'accentue, le mutisme se montre ainsi que la catatonie ; du 10 juin 1899 au 9 décembre de la même année, date de sa sortie, le patient reste immobile, le regard fixe, dans un mutisme absolu. D'une manière générale les facultés affectives et intellectuelles sont profondément diminuées.

J'ai eu l'occasion de revoir ce malade il y a deux mois : les symptômes catatoniques se représentent encore par périodes, mais ce qui domine, c'est le déficit intellectuel profond, l'état d'hébétude, de stupeur, qui ne laissent aucun doute sur l'état démentiel définitif.

II. — D..., Harold, âgé de 24 ans, entre à la maison de santé le 3 avril 1898 ; on ne renseigne rien dans les antécédents héréditaires. En 1890, le malade fit une violente chute sur la tête : depuis cette époque il eut, à plusieurs reprises, des accès de petit mal. En janvier 1898, il manifeste de l'insomnie, de l'agitation, des idées hypochondriaques et de suicide, des hallucinations.

A son entrée à l'Établissement, le patient présentait de la stupeur, des idées mélancoliques, des tendances au suicide. Puis, sorti de sa torpeur, il devint impulsif ; bientôt il est expansif, bienveillant (novembre 1898). En 1899, il présente de nouveau une période agressive, une agitation motrice et psychique intense. Depuis cette époque jusqu'au 29 juin 1900, date de sa sortie, le malade présente des alternatives de

dépression et d'agitation avec affaiblissement considérable du niveau intellectuel et affectif.

**III.** — V..., Charles, âgé de 32 ans, entre à la maison de santé le 17 mai 1902 ; l'hérédité contient un père goutteux et une mère hystérique. Le malade, d'un caractère irritable, n'a pu se créer aucune position, ses études ont été médiocres ; il a subi trois accidents de voiture et un commencement d'asphyxie. Son médecin traitant attribue la maladie actuelle à l'avant-dernier accident de voiture (18 mois avant sa collocation) qui provoqua une commotion physique et morale intense. Il fut pris, à ce moment, d'un « rire étrange » qui frappa son domestique ; ce rire se reproduisit les jours suivants ; le malade devint émotif à l'excès. Traité sans résultat à Paris, il revint chez lui et, son état devenant de plus en plus grave, sa femme se vit dans la nécessité de le colloquer.

A son entrée à l'Établissement, le malade présentait une agitation intense, avec loquacité excessive, incohérence des paroles et des actes, idées de grandeur, etc. ; il donne des ordres aux infirmiers pour commencer l'exploitation d'une meunerie, il leur distribue des millions, des hectares de terre, veut les marier et les doter, il veut cultiver les jardins à l'aide de machines agricoles modernes, il envoie une dépêche pour mobiliser un régiment d'artillerie, etc. Le lendemain, il est en plein accès maniaque, il brise les meubles, attaque les personnes qui l'entourent. Le 26 mai, je note des hallucinations auditives ; le patient s'entretient avec des êtres imaginaires. Après des alternatives de calme et d'agitation, il sort de l'Asile le 8 septembre 1902, considérablement affaibli au point de vue intellectuel. J'ai appris qu'après une rémission de quelques mois, une nouvelle atteinte s'est produite, analogue à la précédente et ayant aussi nécessité l'isolement du malade.

**IV.** — M^lle^ B..., Clélie, âgée de 38 ans, entre à la maison de santé le 18 décembre 1902 ; les antécédents héréditaires ne contiennent, au point de vue névropathique, qu'une attaque d'hystérie chez la mère. La malade, régente d'école moyenne, d'une intelligence remarquable, fit, le 15 avril 1897, une chute de voiture : elle fut projetée la tête sur le sol. Quinze jours après se montrèrent les premiers signes de l'affection actuelle : elle devint triste, déprimée, se plaignait constamment de fatigue et disait qu'elle mourrait bientôt. Puis se déclara de l'agitation, de la loquacité, de l'insomnie, de l'incohérence psychique et motrice, de la sitiophobie. Après de nombreuses alternatives d'agitation ou de dépression, la malade fut colloquée.

Le jour de son entrée, je note une loquacité excessive, l'incohérence du langage ; elle parle avec volubilité d'événements n'ayant aucun rapport entre eux, elle compte pendant plusieurs minutes avec une rapidité très grande. Les réflexes tendineux sont fortement exagérés, le plantaire est absent ; état général médiocre.

Le lendemain, je note le gâtisme, le refus d'alimentation, l'incohérence du langage et des actes ; les renseignements relatifs à l'hérédité

ne dénotent aucune tare névropathique ; les antécédents personnels ne contiennent que du surmenage intellectuel et surtout le traumatisme crânien.

Depuis lors, l'état est resté stationnaire ; le gâtisme a disparu, la malade, d'une loquacité extrême, prend des poses stéréotypées et prononce des paroles incohérentes dans lesquelles les chiffres tiennent toujours la première place.

Ces cas me font croire que le traumatisme, et surtout le traumatisme crânien, est de nature à engendrer la démence précoce. Il est probable que la prédisposition doit exister, mais je la crois cependant moins indispensable que pour les autres facteurs étiologiques banals, tels que les chagrins, la ménopause, la puerpéralité, etc. Nous savons tous que les traumatismes crâniens sont capables de créer de toute pièce les maladies nerveuses les plus variées et les plus graves. Pourquoi ce facteur si puissant, agissant directement sur les cellules cérébrales, ne pourrait-il pas provoquer aussi la démence précoce ?

ès la communication de M. Croco, le Président lève la à 6 h. 30.

ures du soir eut lieu au Palais d'Hiver la réception des sistes et des invités par M. Faisans, maire de Pau, et Mme Faisans.

*(Voir à la fin du volume le compte-rendu des Fêtes du Congrès.)*

# SÉANCE DU MATIN

(2 AOUT — 9 HEURES)

**Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.**

---

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Le Président propose de désigner la ville où se réunira le Congrès en 1905.

Le nom de la ville de Rennes ayant été mis en avant, un télégramme est adressé à M. le Docteur Sizaret, médecin en chef de l'Asile public d'aliénés d'Ille-et-Vilaine, pour le pressentir sur ce choix.

Dans sa réponse, confirmée par le témoignage de M. le Dr Dide, son médecin-adjoint présent à cette séance, M. le Dr Sizaret objecte que par suite d'un incendie qui nécessite la reconstruction de certains bâtiments, l'Asile de Rennes ne sera sans doute pas en mesure d'être présenté au Congrès en bonne forme.

Le Président consulte le Congrès qui, nonobstant les scrupules de M. le Dr Sizaret, dont il saisit la délicatesse, décide que la XVe session des Médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Rennes en 1905.

M. BRISSAUD invite M. Arnaud à présider la séance pour la suite de la discussion du rapport de M. Deny.

***

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr ARNAUD, VICE-PRÉSIDENT.

## Discussion du Rapport du Docteur DENY sur les Démences vésaniques.

Dr DOUTREBENTE, *Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de Blois.*

Quand parut, en 1860, le traité des maladies mentales de Morel, les critiques ne lui furent pas ménagées parce qu'il bouleversait, avec sa classification étiologique, toutes les idées acquises. Sans nier l'existence des états maniaques ou mélancoliques, il oubliait à dessein — ce que notre ami Régis ne veut pas encore faire, comme l'ont fait Kraepelin et M. Denis — de décrire la manie et la mélancolie, en disant qu'il s'agissait de syndrômes pouvant se rencontrer seuls, associés ou se remplaçant à tour de rôle dans les différentes formes de maladies mentales. En cette circonstance, ainsi qu'en tant d'autres, il était encore un novateur.

Tous les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion ont parlé non pas des démences vésaniques, sujet donné à notre rapporteur, mais uniquement de la démence précoce ; ce qui tendrait à démontrer que la démence vésanique, en dehors des formes chroniques et irrémédiables de la démence précoce, est destinée à disparaître dans les futures éditions des traités des maladies mentales. Nous ne voyons plus, en effet, dans nos Asiles, en dehors des déments précoces, que des déments séniles ou à vieillesse prématurée par lésion organique, et les déments paralytiques.

On ne comprend plus, d'ailleurs, l'existence d'une démence avec déchéance irrémédiable des fonctions intellectuelles sans lésion de l'organe. Il y a bien dans nos Asiles des aliénés chroniques, auxquels on donne le nom de déments vésaniques ; mais quand on prend la peine de les examiner avec patience et persévérance, on reconnait qu'ils ne sont pas réellement en état de démence et parmi eux, surtout, on remarque les anciens

persécutés classiques qui, en dépit des prévisions pessimistes de M. Magnan, se refusent obstinément à entrer dans le 4e stade de délire chronique, la démence finale ; ils sont rebelles à cette obligation théorique, ils se refusent à vieillir et à verser comme leurs voisins dans la démence dite vésanique. Cela tient évidemment à ce que le délire de persécution, maladie des adultes, apparait à l'âge où les fonctions intellectuelles ont acquis leur plein développement, leur maturité, au moment où le cerveau est dans la condition de résistance la plus favorable. Pour les déments précoces, les déments juvéniles de Morel, la maladie apparaît à l'époque de la puberté, étant admis d'ailleurs que, chez les prédisposés et les dégénérés par voie d'hérédité ou d'acquisition, cette période de la vie est singulièrement prolongée, retardée, parfois prématurée.

Dans ses études cliniques (1852) Morel partageait les déments précoces en deux catégories :

1° Ceux qui, nés avec des dispositions congénitales vicieuses, peuvent, après un premier accès de manie ou de mélancolie, tomber dans l'hébétude ; cette situation est une transition vers l'*imbécillité consécutive ;*

2° Ceux qui arrivent à la même situation en dehors de l'hérédité vésanique et de la dégénérescence héréditaire, sous l'influence de causes somatiques diverses, multiples, telles que : la fièvre typhoïde, la phthisie, les convulsions du jeune âge, la chorée, une mauvaise alimentation, etc..., et, dans le premier volume des études cliniques, Morel cite des passages empruntés à Ferrus, parus en 1836, 1837 et 1838 dans la *Gazette des Hôpitaux,* dans lesquels la démence précoce est décrite sous le nom d'*Imbécillité acquise,* notion adoptée récemment par Kraepelin, et à laquelle il arrive dans la 6e édition, ainsi d'ailleurs que M. Deny en a fait la remarque ; mais Kraepelin ne s'est pas maintenu longtemps sur ce terrain, puisque dans la 7e édition il adopte une nouvelle conception étiologique de la démence précoce, déjà indiquée antérieurement par Régis. La démence précoce comporterait « des lésions destructives ou un endommagement véritable de l'écorce, vraisemblablement dus à une auto-intoxication ».

*Le rapprochement, la superposition, l'analogie typique* entre la démence précoce et la paralysie générale, que beaucoup

d'auteurs et M. Deny font actuellement, a aussi été fait par Morel, qui ne s'est point contenté d'avoir constaté chez un de ses malades la *verbigération,* les *mouvements automatiques* et le *nihilisme ;* car à la page 279 des études cliniques (2e vol.), il va jusqu'à dire : « Un de nos déments est continuellement dans la même position avec la tête baissée, les yeux fermés, les poings appuyés convulsivement sur la région stomacale ; un autre dément a été longtemps considéré comme *paralysé général ;* » et, à ce propos, il ajoute : « Bien des malades de ce genre doivent être compris parmi ceux qu'on a désigné comme atteints de paralysie progressive. »

Après bien d'autres, je ne crois pas qu'il soit parfois possible de faire le diagnostic différentiel entre la démence précoce au début et la confusion mentale, ce qui est important au point de vue du pronostic. Je viens d'observer un jeune malade qui nous a été confié, apportant avec lui, à son retour d'Allemagne, le diagnostic de démence précoce et qui a guéri assez rapidement, en dépit de toutes les prévisions. C'était un cas banal de confusion mentale d'origine toxique chez un dégénéré supérieur avec stigmates physiques et mentaux nettement accusés.

Pour apporter un fait de plus, analogue à ceux si intéressants fournis hier par M. Ballet, je citerai l'observation suivante : J'ai d'ailleurs montré récemment ce malade à M. Masselon, au cours d'une visite qu'il a faite à l'Asile de Blois, parce qu'il répond point pour point à la remarquable description qu'il a faite de la démence précoce ; en lisant son travail, il me semblait lire l'observation de notre malade, âgé aujourd'hui de 21 ans ; il refuse depuis 4 ans les aliments, comme il se refusait autrefois à accomplir tous les actes, qu'avec le temps, l'habitude, le dressage, il accomplit aujourd'hui automatiquement. Pour l'alimentation, quand on s'approche de lui avec la sonde-œsophagienne, il fait avec la tête une série de petits mouvements de droite à gauche et de gauche à droite et aussi de la même façon avec la main droite. Cela veut dire : « Je ne veux pas manger », et cependant, il se laisse conduire et asseoir sur la chaise préparée à cet effet ; la sonde, une fois introduite par les fosses nasales, il fait des mouvements de déglutition quand passe le liquide (œufs et lait) avec lequel il est alimenté.

Il présente des signes non douteux d'infantilisme avec dégé-

nérescence mentale et physique. Très studieux, très travailleur, il n'a jamais pu suivre ses camarades ; il était encore en 4e à 17 ans et a été refusé à son examen de grammaire ; c'est même à cette occasion que l'accès actuel a débuté brusquement. Élevé par une mère mystique, adorant son fils, il est resté un puéril, n'ayant aucune affection apparente pour son père. Quand je disais au père : il ne veut pas manger, il ne veut pas se promener, il ne veut pas se coucher ou se lever, il me disait : c'est par entêtement, sa grand'mère maternelle *est toujours d'un avis opposé, elle nierait la lumière en plein jour*. La négation était passée chez elle à l'état de tic mental systématique.

M. VALLON, *Médecin de l'Asile Clinique, Paris.*

Je ne m'étais pas fait inscrire pour prendre la parole, mais puisque tous les aliénistes interviennent dans le débat, en gardant le silence je craindrais de ne pas avoir d'opinion ou, ce qui est pire, attendre pour la formuler des temps meilleurs, c'est-à-dire que la question soit résolue dans un sens ou dans l'autre.

Toute la question de la démence précoce est en somme, à mon avis, dominée par une affaire de définition. Pour moi, la démence vésanique est toujours ce que l'ont décrite nos maîtres, non pas une maladie mentale, mais la période ultime, l'aboutissant des diverses vésanies, la déchéance finale des facultés intellectuelles.

On observe la démence à la suite de la manie, de la mélancolie, mais seulement dans la grande majorité des cas, lorsque la vésanie dure depuis de très longues années. La démence consécutive aux délires systématisés se produit encore plus tardivement. Un fait m'a beaucoup frappé. Quand j'ai été nommé chef de service à Ste-Anne j'ai retrouvé un certain nombre de malades qui s'y trouvaient déjà à l'époque de mon internat, c'est-à-dire depuis vingt-cinq ans et plus. Parmi eux il y avait un homme atteint de délire systématisé religieux qui s'était donné le titre de « balayeur du Christ » ; eh bien, en 1900, il était exactement tel que je l'avais observé en 1879 ; la démence ne l'avait point atteint, ses facultés intellectuelles n'étaient ni diminuées ni désagrégées. Il avait été et il restait un homme intelligent et instruit ; docteur en médecine, il avait beaucoup voyagé et s'était surtout occupé de botanique ; il racontait ses voyages avec

beaucoup de détails et de précision ; il montrait toujours des connaissances étendues en histoire naturelle. Ce cas n'est pas extraordinaire. Beaucoup de malades qui, d'après une observation superficielle paraissent déments, ne le sont point en réalité ; si on les interroge soigneusement on ne tarde pas à s'apercevoir que leurs facultés intellectuelles sont encore très actives, leur délire bien coordonné.

La démence est moins longue à s'établir dans la folie des dégénérés. Les délires systématisés, quand ils se développent sur un fond de dégénérescence, ont une évolution plus rapide que lorsqu'ils naissent dans un cerveau antérieurement sain. Leur progression se fait d'autant plus vite que la dégénérescence est plus profonde, c'est-à-dire que le délire trouve un moins résistant, plus invalide. Tout naturellement la démence, phase ultime de la maladie, apparaît plus tôt, est relativement précoce. Mais ce n'est pas encore là la véritable démence précoce.

La démence précoce proprement dite est celle qui succède à l'hébéphrénie et qui a été décrite depuis longtemps ; mais j'admets parfaitement aussi la démence précoce consécutive à la folie catatonique ou à la confusion mentale car elle répond à la réalité des faits. Par contre, je repousse énergiquement cette théorie qui confond la folie catatonique et la confusion mentale primitive avec la démence précoce.

La confusion mentale est une vésanie ; elle peut aboutir rapidement à la démence qui mérite alors très justement le qualificatif de précoce, mais elle n'évolue pas forcément vers la démence ; elle peut guérir, elle guérit même assez souvent ; il n'est donc pas permis de considérer ces deux expressions, confusion mentale et démence précoce, comme équivalentes. Qui dit démence dit état incurable, déchéance définitive et irrémédiable des facultés intellectuelles ; qui dit confusion mentale dit au contraire maladie pouvant guérir.

Ces considérations s'appliquent à la catatonie comme à la confusion mentale : il faut distinguer la folie catatonique le plus souvent mais pas toujours incurable, qui peut aboutir à la déchéance intellectuelle définitive mais qui n'y aboutit pas forcément et la démence précoce qui est l'aboutissant ordinaire mais non nécessaire de la folie catatonique.

En résumé il n'y a pas *une démence précoce* mais *des démences précoces :* la démence hébéphrénique, la démence consécutive à la confusion mentale ou à la catatonie existent réellement mais, hébéphrénie, catatonie, confusion mentale ne doivent pas être confondues avec la démence précoce. Assigner à ces divers termes la même valeur c'est vouloir embrouiller la question comme à plaisir. Il faut, au contraire, de toute nécessité, conserver au mot démence la signification précise qu'il a toujours eu, en France, de déchéance intellectuelle irrémédiable, d'abolition des facultés mentales et considérer la démence vésanique non comme une entité morbide primitive mais comme la phase ultime des vésanies, l'aboutissant possible mais non fatal de ces psychoses.

Nous avons déjà en pathologie mentale une dénomination très impropre, celle de *paralysie générale*. Elle s'applique à une maladie de l'encéphale dans laquelle il n'y a jamais paralysie totale mais seulement parfois une paralysie limitée à un côté ou à un seul membre, une hémiplégie ou une monoplégie le plus souvent transitoires. Ce terme de paralysie générale est consacré par l'usage ; conservons-le, mais gardons-nous d'en créer un autre aussi défectueux en désignant par le vocable unique de démence précoce plusieurs maladies susceptibles de guérison.

Un mot et j'ai fini.

Des novateurs marchent à l'assaut du vieil édifice construit surtout par les aliénistes français; ils l'ont criblé de projectiles. Eh bien, nous, ses défenseurs, ramassons ces engins; dans le nombre il y a certes des cailloux sans grande valeur, mais on y trouve aussi des moellons propres à bâtir. Servons-nous-en pour agrandir et améliorer l'édifice que nous devons à nos aînés, mais ne laissons pas détruire celui-ci sans savoir par quoi le remplacer. Il est encore solide, bâti sur l'observation clinique c'est-à-dire sur le roc. Je ne prétends pas qu'il durera éternellement mais, me semble-t-il, la pioche qui doit le démolir n'est pas encore forgée.

MM. PACTET et PRIVAT DE FORTUNIÉ, *de l'Asile d'aliénés de Villejuif (Seine).*

Je désirerais vous communiquer en mon nom et au nom de M. le Dr Privat de Fortunié, mon interne, qui les a recueillies,

sept observations de démence précoce qui présentent, selon moi, un certain intérêt en raison de la possibilité, dans ces sept cas, de déterminer, avec quelque précision, les conditions dans lesquelles s'est développée la maladie. Je dois dire de suite que les conclusions qui en découlent ne concordent pas avec les vues de l'école allemande sur la question.

Les différents auteurs sont encore loin de se trouver d'accord sur l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce, et l'on voit percer chez la plupart d'entre eux, relativement à ses causes, un certain exclusivisme qui, en général, n'est jamais l'expression de la vérité dans les questions d'ordre médical. J'entends bien que la doctrine de la dégénérescence subit ici le sort réservé à tous les despotes ; elle se voit détrônée après avoir régné longtemps chez nous en maîtresse absolue sur la pathologie mentale et réclamé de tous un ralliement sans réserve à son orthodoxie scientifique. Le défaut de cette doctrine, dont la légitimité ne saurait être sérieusement contestée, était de n'attacher pas toute l'importance qu'elle mérite à la recherche des causes prochaines présidant à l'éclosion des maladies mentales et de s'en tenir, pour expliquer leur développement, à la seule notion de dégénérescence, notion qui relève plutôt de l'anthropologie que de la pathologie et se trouve, de ce fait, apte surtout à nous fournir des indications sur les causes éloignées et les plus générales de ces maladies : c'est en ce sens que peut s'expliquer la réaction contre la doctrine. Mais il ne faudrait pas, dans cette réaction, dépasser la mesure pour retomber dans une situation analogue à celle contre laquelle l'on s'est efforcé de réagir, et je crains bien que ce soit la tendance d'un bon nombre d'auteurs en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce.

Dans les sept observations dont je vais vous parler je vois la maladie résulter de la combinaison de deux causes : une prédisposition tenant à l'hérédité ou à des accidents de la vie fœtale et une cause occasionnelle qui est, soit l'infection, soit l'auto-intoxication. Et il ne me semblerait pas illogique, d'après ces faits, d'admettre que la démence précoce exige, pour se développer, un cerveau débilité par des causes héréditaires ou dont l'influence s'est fait sentir au cours de la vie intra-utérine et devenu ainsi particulièrement vulnérable aux actions pathologi-

ques s'exerçant ultérieurement sur lui, surtout aux infections ou aux auto-intoxications produites par des maladies aiguës ou des chocs moraux dont le rôle, en l'espèce, ne me paraît pas devoir être négligé.

J'ajoute que tous les malades qui font l'objet de ces observations sont des sujets jeunes chez qui les premiers symptômes de l'affection se sont manifestés aux environs de la vingtième année, plus tôt pour cinq d'entre eux, et à 27 et 28 ans pour les deux autres. J'attache une grande importance à l'âge parce que, pour moi, la démence précoce dont l'existence ne saurait faire de doute, est une maladie de l'adolescence ou de la première jeunesse, et je ne puis partager sur cette question les idées de l'école allemande qui est en voie d'englober dans cette espèce nosologique la pathologie mentale à peu près tout entière, et à tomber dans le même excès que nous, à propos de la dégénérescence.

Enfin la longue durée des accidents chez les déments précoces que j'ai eu l'occasion d'observer me conduit à croire, contrairement encore aux idées allemandes, à l'incurabilité de cette maladie et à considérer, comme se rattachant à d'autres formes et, en particulier, à la confusion mentale, les cas de démence précoce signalés comme ayant été suivis de guérison. Pour ma part, dans une pratique d'une quinzaine d'années, je n'ai pas encore vu d'aliéné chez qui la guérison ait été obtenue après la persistance des troubles mentaux, sans amélioration aucune, pendant une durée de 4, 5, 6, 8 ou 10 années, comme c'est le cas pour les déments précoces qui se trouvent actuellement dans mon service.

Voici quelques indications sommaires sur les observations dont j'ai tiré les conclusions que je viens d'exposer :

Chez cinq malades l'on rencontre une hérédité vésanique en ligne directe et en ligne collatérale ; chez les deux autres des accidents au cours de la vie intra-utérine ; tous deux sont nés avant terme. A noter l'hydramnios chez la mère de l'un d'eux pendant la grossesse.

Dans trois cas, des maladies infectieuses ont précédé, à peu de distance, l'éclosion de la maladie ; dans les quatre autres, l'on rencontre, au début des accidents, des chagrins très vifs ou le surmenage.

Au point de vue de l'âge, la maladie a débuté chez deux malades à 18 ans, chez deux autres à 19 ans, chez un à 21 ans et chez les deux derniers à 28 ans.

La durée de la maladie jusqu'à ce jour est pour un de trois ans, pour un autre de quatre ans, pour deux de six ans, et pour les trois derniers de huit, neuf et quatorze ans.

Observation I. — A..., Antoine, mouleur, entre à l'Asile de Villejuif le 24 novembre 1902, à l'âge de 33 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Le père, alcoolique, est mort à l'hôpital Beaujon, probablement d'une maladie de foie. La mère, qui vit encore, est rhumatisante.

Un frère du père était alcoolique, avait des visions et disait que des personnes lui en voulaient, mais il n'a pas été enfermé dans un Asile.

*Antécédents personnels.* — Le malade est né quand le père commençait à faire des excès de boisson.

A 11 ans il a été atteint du croup et a été soigné à l'hôpital Trousseau où on lui a fait une trachéotomie. Étant enfant et même jeune homme A... était sujet à des maux d'oreilles, il éprouvait des élancements violents aboutissant à une suppuration légère et de courte durée.

Plus tard, il aurait fait quelques excès de boisson. A... est allé à l'école jusqu'à l'âge de 11 ans ; mais, pour cause de maladie, il n'a pu suivre régulièrement la classe. Il était intelligent, au dire de sa sœur, mais avait mauvaise mémoire. A partir de 11 ans, il est mis en apprentissage chez un mouleur en bronze ; il apprend très facilement le métier et devient à son tour un excellent ouvrier. Néanmoins, sa sœur a remarqué que, depuis l'âge de 11 ans, époque à laquelle il a eu la diphtérie, l'intelligence du malade restait stationnaire au lieu de se développer. A 14 ans, à la suite d'une correction un peu violente de la part de sa mère, il a voulu se jeter par la fenêtre, mais sa sœur l'a retenu. A 18 ans, il tenait des raisonnements comme un enfant de 10 ans. On a remarqué chez lui, à cette époque, certaines habitudes bizarres : il consultait un calendrier pendant des heures entières sous prétexte de calculs à faire.

*Histoire de la maladie.* — A l'âge de 21 ans, en 1890, A... faisait son service militaire à Brest, dans l'infanterie de marine. Son régiment fut envoyé à la Nouvelle-Calédonie. Pendant le trajet, sans motif plausible, A... refuse de se découvrir sur l'ordre d'un supérieur ; ce dernier lui jette son képi par terre. A... riposte par un coup de tête dans le ventre. Pour ce motif, en arrivant à Nouméa, il est traduit devant un Conseil de guerre et condamné à mort. Dans la suite, sa grâce est demandée et, au bout de huit mois, il est envoyé aux pénitenciers d'Afrique pour y finir son service militaire. Là, A... se rend coupable d'un nouvel acte de rébellion et, pour la seconde fois, est condamné à la peine de mort. A ce moment, le malade fut examiné par un médecin militaire qui contribua à faire commuer sa peine en vingt ans de

détention. Ramené en France, à Clairvaux, A... donne des signes manifestes d'aliénation qui ont motivé son transfert à l'Asile de Gaillon. Entré à Gaillon en 1897, le malade y est resté jusqu'en 1902, époque à laquelle, bénéficiant d'une grâce, il a été conduit à l'Asile de Villejuif.

Pendant le séjour du malade à Gaillon, sa sœur est allée le voir une fois. Elle l'a trouvé complètement abruti, l'air craintif, comme s'il redoutait d'être battu. A... ne l'a d'ailleurs pas reconnue. A la même époque, le malade écrivait à sa sœur des lettres incohérentes où la date de l'année était mal mise.

*État actuel.* — A l'heure actuelle, le malade est calme, mais il a eu autrefois des moments d'agitation et un jour il a cassé un banc. Relativement assez propre, il n'a jamais été gâteux. Dans la journée, il se promène, se met quelquefois à genoux et fait le signe de la croix. Quand ses parents viennent le voir, A... ne leur témoigne aucune affection ; il reconnaît cependant sa mère et son beau-frère, mais ne paraît pas reconnaître sa sœur à laquelle il donne un nom de fantaisie. Ses discours sont des divagations incohérentes : « Il est ici sous le nom d'A..., en réalité il s'appelle Dieu. » Il dit à sa mère qu'elle a « des lunettes toutes vivantes ». Dans son attitude se révèlent des stéréotypies : c'est ainsi qu'il fait souvent le geste de retirer quelque chose du nez ou de la bouche et de le rejeter par terre. On remarque, en outre, certains mouvements des mains analogues aux mouvements carphologiques. Le malade a une tendance à imiter les attitudes et parfois on l'a vu prendre des attitudes théâtrales. Dans son langage et ses écrits, on relève de l'écholalie, du maniérisme, de la jargonophasie et l'emploi de néologismes. Si on le prie d'écrire quelques noms d'animaux, il trace à côté de noms connus une série de noms baroques rangés par assonance.

A... ne présente ni catatonie ni dermographisme. Deux signes méritent encore d'être notés : l'exagération des réflexes rotuliens et la diminution de la sensibilité. Le malade s'enfonce lui-même une épingle dans la cuisse et s'arrête de pousser en disant que ça ne peut pénétrer davantage.

Observation II. — A..., Georges, est sur le point d'atteindre sa vingtième année lorsqu'il arrive à l'Asile de Villejuif, le 16 mai 1903.

*Antécédents héréditaires.* — Le père et la mère sont vivants et bien portants. Des deux côtés il n'existe pas d'aliénés dans la famille. Cependant la grand'mère paternelle était très nerveuse : elle avait des attaques de nerfs ; il lui arrivait de pleurer sans motif, de discourir seule ou d'une façon extravagante.

*Antécédents personnels.* — A..., fils unique, est venu au monde dans d'excellentes conditions. A l'âge de deux ans il a eu la coqueluche et à trois la rougeole. Ce sont les seules maladies survenues dans son existence. Placé à l'âge de sept ans dans un lycée où il débute en huitième, A... remporte chaque année des prix et non des moindres. En sixième, il concourt pour une bourse de l'État et en obtient les 3/4. Il a d'ex-

cellentes aptitudes pour les langues vivantes, l'histoire, les langues grecque et latine, se familiarise difficilement avec les mathématiques. En seconde, A... se présente au concours général pour l'allemand et obtient un second prix. Vers cette époque, sa famille va habiter Buenos-Ayres tandis qu'il reste en France comme interne dans un lycée. Du jour où il est enlevé à la vie de famille, son caractère se modifie, devient bizarre, suivant la remarque de ses maîtres. Il est taciturne, se promène seul dans la cour, a quelques idées noires ; il se dit et se croit orphelin. Néanmoins, à la fin de sa rhétorique, A... passe son baccalauréat (1re partie) avec la mention « assez bien » et, l'année suivante, il passe avec succès la 2e partie. A... prépare ensuite le baccalauréat ès-sciences qu'il arrive à passer au bout d'une année, à la suite d'un grand effort de travail et de nombreuses veilles. A... vient d'avoir 18 ans ; peu après, au mois d'octobre 1901, il se met à la préparation de la licence ès-lettres. Ses études se poursuivent normalement jusqu'au mois de novembre. En composition latine, en dissertation et en allemand A... est second sur seize élèves.

*Histoire de la maladie.* — Vers le milieu de novembre 1901, ses leçons sont moins sues, ses devoirs deviennent incompréhensibles ; il se trouve rapidement à la queue de la classe et les pions le punissent constamment. A... commence à avoir des idées noires et des idées de persécution. Il se croit perdu et écrit à son grand-père qu'il est résolu de se suicider. Il considère ses camarades comme des ennemis, se blottit dans sa chambre, barricadant la porte et menaçant de tuer quiconque entrerait. On veut l'empoisonner et il ne touche à un mets que si une autre personne l'a déjà goûté. Il a des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il prend son grand-père pour un janissaire et se jette sur un couteau pour lui faire un mauvais parti.

Le 13 janvier 1902, le malade est interné à l'Asile d'Armentières. Au bout de six mois de séjour dans cet établissement, le malade avait perdu la connaissance de tout ce qu'il avait appris, même de son nom.

Le 20 novembre 1902 ses parents le reprennent chez eux et, sept mois après, le 15 mai 1903, le placent à l'Asile de Villejuif.

D'après les renseignements du père, le malade était depuis l'âge de 13 ans très enclin à la masturbation, s'excitant quatre à cinq fois par jour, malgré les remontrances de sa famille. Au moment de son entrée dans le service, le malade ne parle que lorsqu'on lui adresse la parole et il répond invariablement par cette phrase : « Je ne sais pas. » Il passe ses journées la tête penchée, l'esprit absorbé, et ne prêtant aucune attention à ce qui l'entoure. Le malade est resté ainsi quatre mois sans causer, présentant par intervalles des états d'excitation au cours desquels il adressait des injures aux personnes qui le regardaient. Une fois, il a eu soudainement un mouvement impulsif et a fait le geste de frapper une personne avec une chaise. A ce moment, il avait l'habitude de se masturber plusieurs fois par jour dans les cabinets où on l'a surpris à différentes reprises. Depuis le mois d'octobre 1903, le malade cause un peu, spontanément, s'adresse au chef de quartier

pour lui demander du tabac et continue à répéter sa demande lorsqu'on lui a déjà répondu. Plusieurs fois dans la même journée il vient serrer la main du chef de quartier, paraissant accomplir un acte automatique. Parfois, il se tient blotti dans un coin, derrière une porte et chante à mi-voix un air monotone. A certains jours il répète continuellement une même phrase qui n'a pas beaucoup de sens. Le malade a encore de courtes périodes d'excitation et dernièrement on a dû le passer, pour une nuit, au quartier des agités ; ou bien il a des mouvements impulsifs : c'est ainsi qu'au mois de mai dernier il a saisi brusquement un couteau et s'est ensuite levé comme pour frapper quelqu'un. Depuis quelque temps, on le surprend moins souvent à se masturber. On est obligé, tous les matins, de faire lever le malade, de lui dire de se débarbouiller et de le conduire au lavabo. Bien qu'il ne recherche pas la saleté, sa tenue est souvent négligée ; il ne se brosse jamais, il est souvent mal culotté et ses vêtements restent déboutonnés. Cependant, il mange proprement et n'a jamais été gâteux.

*État actuel.* — A... présente l'aspect d'un sujet insouciant; toutefois le facies ne paraît pas hébété. On remarque seulement une certaine immobilité des traits, le regard manque de vivacité et d'expression. Par moments la physionomie s'éclaire d'un éclat de rire fugitif qui présente les caractères d'un tic convulsif.

Rien de particulier à noter dans son attitude, le malade ne présente ni catatonie, ni attitudes stéréotypées, ni négativisme.

Les troubles de l'attention et du souvenir sont très marqués. Le malade est incapable de répondre à un questionnaire écrit où on lui demande son nom, son âge, sa profession, l'année, le mois, le jour, etc. Il lit plusieurs fois le questionnaire à haute voix, regarde fixement la personne qui l'interroge, mais on ne peut en tirer aucune réponse. Lorsqu'on l'interroge de vive voix il fait continuellement les mêmes réponses : « Oui Monsieur... », « Je ne sais pas... », « Je ne connais pas... », ses réponses sont catégoriques, elles ne se font pas attendre. On dirait, au premier abord, que le malade a compris la question et qu'il se fait un jeu de ne pas répondre, mais on ne tarde pas à s'apercevoir que toutes ses réponses présentent un caractère automatique et traduisent le vide de la pensée. A... est incapable de dire le nom de personnes qui l'entourent sauf celui du chef de quartier. Son nom paraît tout d'abord lui être étranger, mais il vient cependant quand on l'appelle par son nom.

Il est capable de lire et de copier un court récit, mais on ne peut obtenir de lui un résumé de ce qu'il vient de lire. Il en a gardé cependant un certain souvenir, car si quelques instants après on lui montre le même récit il le reconnaît et nous dit en deux mots le fond de l'histoire.

L'évocation des souvenirs et des images mentales est particulièrement atteinte chez lui. Il ne peut dire le nom des auteurs qu'il a lus, les noms des principaux pays de l'Europe. Au contraire, si on lui demande combien font $8 \times 5$ ou si on lui pose toute autre question portant sur les quatre règles, il répond correctement. Il est incapable

d'écrire le nom d'un animal qu'il a pu voir à différentes reprises. Par contre, si on lui montre différents objets il les reconnaît et les nomme.

Passant à l'examen physique, on ne trouve chez le malade aucune modification des réflexes tendineux, ni des réflexes cutanés. Il en est de même pour le réflexe pharyngien et les réflexes pupillaires. Les pupilles sont égales et en état de mydriase légère. Il existe du dermographisme très net avec élevure de la peau. Notons enfin l'absence d'œdème et de cyanose des extrémités.

Observation III. — C..., Samuel, israélite, exerçant la profession d'agriculteur, entre à l'Asile de Villejuif, le 17 avril 1903, à l'âge de 24 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Le père, mort à 40 ans, aurait fait quelques excès de boissons les derniers temps de sa vie, mais après la naissance de l'enfant. La mère est vivante et bien portante. Un frère âgé de 20 ans est également bien portant. Une sœur est morte de la variole à six mois. Un cousin germain de la mère a eu une crise d'aliénation mentale dont il a guéri par la suite.

*Antécédents personnels.* — Lui-même n'a jamais fait de maladie ni commis d'excès d'aucune sorte, soit alcoolique, soit vénérien. C'est seulement à partir du jour où il a commencé à donner des signes de dérangement cérébral qu'il a commencé à boire un peu d'alcool, une gorgée de temps en temps, mais sans jamais se griser.

C... a toujours été considéré comme un sujet intelligent, il apprenait facilement, et était très aimé de ses professeurs. Il lisait beaucoup, on lui avait même conseillé de moins lire. Très sensible, il ne mangeait pas de viande par pitié pour les animaux.

*Histoire de la maladie.* — En 1898, à l'âge de 19 ans, C... éprouve une vive contrariété. Ayant une concession agricole, il avait fait venir son frère auprès de lui, pour le faire entrer dans une institution agricole, sans en informer auparavant le propriétaire de la concession. Celui-ci, mis au courant du fait, s'est opposé au projet de son colon. Dès lors, C..., prend une détermination singulière ; il abandonne sa concession pour chercher du travail ailleurs, mais il ne peut en trouver car l'Administration s'oppose à son emploi. Cependant, à la suite de démarches, on obtient sa réintégration dans sa situation antérieure. Ceci se passe en avril 1898. A partir de ce moment, C... a perdu le goût du travail, il va encore aux champs, mais il passe ses journées à chanter des chansons tristes et à pleurer.

Quatre mois plus tard, en août 1898, l'état de tristesse augmente, C... éprouve de violents maux de tête, trépigne comme s'il avait des hallucinations, se plaint de ses ennemis (tous ceux qui se sont opposés à l'admission de son frère), et ne veut plus rentrer se coucher. Sur l'avis d'un médecin, on le change de milieu, on l'amène à Constantinople, puis on le place dans une maison d'aliénés du gouvernement français. Un mois après, en septembre 1898, le médecin de l'établisse-

ment le fait sortir sans avoir fait de diagnostic précis sur sa maladie.

Pendant son absence, C... a été de nouveau dépossédé de sa concession. Il proteste, mais sans obtenir gain de cause. A ce moment, on l'envoie de nouveau à Constantinople où il est placé dans le même établissement. Il y reste 8 mois et lorsqu'il en ressort il est calme mais on ne le considère pas comme guéri. Pendant deux ans, jusqu'en 1901, C... reste sans travailler, dans le plus complet désœuvrement. Sans cesser d'être calme, il est sombre, taciturne, se contentant de demander ce dont il a besoin, et ne conversant jamais avec personne.

Vers la fin de 1901, C... vient en France avec sa mère. A une escale, quatre heures avant d'arriver à Marseille, il disparaît brusquement. Le jour même, on le retrouve au bord d'une rivière, donnant des signes d'aliénation mentale. Il est placé à l'hôpital d'Arles, mais en ressort peu après. Puis sa mère perd sa trace pendant huit mois, jusqu'au jour où elle apprend qu'il a été condamné à quinze jours de prison, pour vagabondage, à Nîmes, vers janvier 1903. Après qu'il a subi sa peine, sa mère le ramène à Paris à la fin de février 1903. Placé tout d'abord à l'hôpital Rotschild, on ne peut le garder parce qu'il chante, se lève, se promène continuellement. Il devient urgent de le placer dans un Asile et le 18 avril suivant C... entre à Villejuif.

Au moment de son entrée dans le service, le malade est taciturne, se promène dans la cour, en répétant souvent : « Canaille, saloperie, vaurien. » Il quitte ses vêtements et les abandonne n'importe où. Au bout de quelques jours, l'agitation augmente, C... quitte ses souliers et les lance contre les autres malades ; il se précipite sur les personnes avec des yeux menaçants. On est obligé de le passer au quartier des agités le 22 avril.

Le malade n'a pas eu de nouvelle période d'agitation jusqu'au mois de mai dernier, où il s'est mis à déchirer ses vêtements et à pousser des cris aigus pendant toute une soirée.

Depuis six mois, C... ne répond presque plus aux questions. Lorsqu'il est de mauvaise humeur, il se promène dans la cour en faisant entendre un cri guttural qui ressemble à un grognement. Les premiers temps de son séjour à l'Asile, C... embrassait quelquefois sa mère et lui parlait pendant ses visites. Actuellement, il ne fait plus attention à elle et s'assied à ses côtés sans lui causer. Ce malade ne prend aucun soin de sa personne, ne garde jamais de cordons à ses souliers, reste souvent à la pluie, déchire ses vêtements et mange salement. Il lui est même arrivé de gâter au lit trois ou quatre fois depuis son entrée.

*État actuel.* — L'attention est très diminuée; C... se tient constamment la tête baissée sans regarder autour de lui ; il relève cependant la tête lorsqu'il entend prononcer son nom. La mémoire est également affaiblie, le malade ignore son âge, se figure être à Smyrne, et ne peut dire en quelle année l'on se trouve. Son vocabulaire est réduit à quelques mots : « Quoi ?... oui... rien... merci... je ne sais pas... » Incapable de répondre par écrit à un questionnaire, il trace des mots

sans suite ou des phrases tirées de la Bible. C... reconnaît encore et nomme différents objets qu'on lui présente.

L'examen somatique pratiqué chez lui a donné les résultats suivants :
Réflexes rotuliens normaux ;
Réflexe plantaire très diminué ;
Réflexe pupillaire diminué à la lumière et à l'accommodation ;
Mydriase et inégalité pupillaire ;
Absence de troubles circulatoires et de dermographisme.

Observation IV. — F..., Jules, garçon d'hôtel, a déjà fait un premier séjour à l'asile en 1897. Il est actuellement âgé de 35 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Le père, tapissier, a succombé à une attaque d'apoplexie. La mère est morte de tuberculose pulmonaire. Une tante maternelle a été internée à la Salpêtrière.

*Antécédents personnels.* — F... est allé à l'école de 7 à 13 ans; d'une intelligence moyenne, il possède une instruction élémentaire.

A l'âge de 20 ans, F..., s'est blessé au genou avec une hache. La blessure s'est compliquée d'inflammation de l'articulation avec ankylose consécutive. Aussi, a-t-il été réformé l'année suivante pour cette infirmité. F... n'a jamais commis d'excès alcooliques; mais, suivant son aveu, il aurait des habitudes de masturbation.

*Histoire de la maladie.* — Vers la fin de l'année 1895, F... éprouve une vive contrariété : au moment de se marier, il apprend que sa fiancée a commis une faute, et a déjà eu un enfant. Après avoir été sur le point de rompre avec elle, il se décide finalement à l'épouser, car il est très fortement épris. Mais, peu de temps après son mariage, un autre chagrin lui est réservé : sa femme tombe malade d'une affection pulmonaire de longue durée. F... dépense tout son argent pour la soigner. A la suite de cette nouvelle épreuve, son caractère s'assombrit, il devient taciturne. F..., a alors 27 ans. Un an et demi après son mariage, en 1897, sa femme meurt dans le train alors que lui-même la conduit à la campagne. F... reste très impressionné par cette dernière scène et très affecté par la mort de sa femme. Bientôt des modifications plus sensibles apparaissent dans son caractère. Comme garçon d'hôtel, il quitte successivement ses places, devient méchant, toujours surexcité. En proie à des hallucinations, il se figure voir des crimes. Il a des idées noires, se croit poursuivi par des personnes, et répète continuellement qu'il faut que sa tête tombe. Deux mois environ après la mort de sa femme, le 13 juillet 1897, F... profite d'un moment où il se trouve seul pour faire une tentative de suicide, en essayant de se couper la gorge. Transporté à l'hôpital Beaujon, où on lui suture sa plaie, il est ensuite dirigé sur l'Asile Ste-Anne et, de là, envoyé à Villejuif le 16 juillet 1897.

A ce moment, le malade est très surexcité et prétend qu'on le fait passer dans un four en flammes. Au bout de quinze jours, l'excitation cesse pour faire place à un état de dépression mélancolique. Le 7 avril 1898 F... sort de l'Asile, amélioré mais non guéri.

Une fois dehors, il travaille pendant quelque temps, mais à la fin du mois d'août, à la suite d'une visite dans une église, il est repris par des souvenirs pénibles. Quelques jours après, il devient taciturne, ne répond pas lorsqu'on l'appelle, puis il ne veut plus descendre de sa chambre, reste blotti devant la porte, et urine même en cet endroit. Craignant une nouvelle tentative de suicide, sa famille le fait interner à nouveau, et le malade rentre à l'Asile de Villejuif le 2 septembre 1898.

A cette époque, et pendant un certain temps, le malade se trouve dans une phase de dépression. L'année suivante, en 1899, survient une période d'excitation. F... ne peut rester en place et casse des carreaux; on est obligé de le passer au quartier des agités. Devenu plus calme, on le place dans un autre quartier où il prend des habitudes bizarres, comme celle de faire des cabrioles sur la tête d'un bout à l'autre de la cour. En août 1903 survient une nouvelle phase de dépression qui s'accompagne même à un moment donné de gâtisme. Dans la journée, il reste des heures entières immobile dans un coin, toujours dans la même attitude, debout, la tête penchée et les bras croisés sur la poitrine; on le voit rarement s'asseoir. A d'autres moments, F... a des mouvements impulsifs et à plusieurs reprises il a essayé de frapper des malades avec des chaises. On le fait coucher au mois de novembre 1903, mais c'est chez lui une habitude de démonter continuellement son lit, d'enlever les matelas, de les épousseter quinze à vingt fois de suite, tout cela sans parler. Si on lui fait une observation, il entre en des colères subites. Dernièrement, F... s'est arraché les poils de ses moustaches et les poils du pubis; il a, en outre, l'habitude de se gratter et de s'écorcher les jambes.

*État actuel.* — Actuellement, le malade est levé, il mange assez proprement et de bon appétit. La nuit il lui arrive rarement d'uriner au lit. F... est ordinairement calme, plutôt déprimé; il parle peu et on est obligé de le presser de questions. Également indifférent à sa sortie et à sa famille, il répond souvent par cette phrase : « Je m'en fiche pas mal »; il ne sait pas davantage les noms des personnes qui l'entourent. On constate chez lui une diminution de la mémoire. Dans ses écrits, on note de la stéréotypie, de l'écholalie et des néologismes. Enfin, on remarque certains tics du malade, notamment dans sa façon de prendre de l'encre. L'examen somatique révèle une diminution des réflexes en général (réflexes tendineux, cutanés, muqueux, pupillaires, conjonctival). Les pupilles sont égales et en état de dilatation moyenne. Il existe du dermographisme avec élevure. Les pieds sont légèrement œdématiés, mais on ne constate pas de cyanose ni de refroidissement des extrémités.

Observation V. — M..., Louis, comptable, entre à l'Asile de Villejuif le 19 octobre 1898, à l'âge de 18 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Le père, mort à 72 ans, était alcoolique et faisait principalement abus de l'absinthe. La mère est vivante et bien portante. Un frère et une sœur du malade sont morts en bas-âge; un autre frère est encore vivant. Dans la famille il n'y a pas d'aliénés.

*Antécédents personnels.* — De ses antécédents personnels il y a peu de choses à dire. M... a eu la rougeole dans l'enfance et, à l'âge de 18 ans, une angine dont il sera à nouveau question tout à l'heure.

M... ne fut pas un modèle d'écolier, non pas en raison de l'insuffisance de ses facultés intellectuelles mais à cause de sa nonchalance et de son penchant pour le jeu. Il obtint toutefois le certificat d'études primaires à l'âge de 13 ans. A ce moment il quitta l'école pour entrer dans le commerce et fut, jusqu'à l'âge de 18 ans, employé à des travaux de comptabilité dans différentes maisons sans que ses patrons se soient jamais plaint de ses services.

*Histoire de la maladie.* — A l'âge de 18 ans, trois mois environ avant d'être interné, M... eut une angine accompagnée d'une forte fièvre qui l'obligea à garder la chambre pendant quelques jours. Le malade était convalescent lorsqu'il fut témoin, chez son patron, d'une attaque d'épilepsie. Il rentra chez lui tout bouleversé, craignant de devenir épileptique à son tour, et pendant longtemps fut poursuivi par la même crainte. Sur ces entrefaites, comme il s'était absenté pendant huit jours sans prévenir, son patron le remercia. C'est alors que se sont montrés les premiers troubles intellectuels. M... se croit incapable de travailler, il ne veut pas prendre d'autre place dans l'appréhension de ne pouvoir satisfaire ses patrons. Désormais il passe son temps à lire des pièces de théâtre et un jour déclare qu'il veut se faire acteur. Son entourage remarque diverses modifications de son caractère. Il devient jaloux de son frère, se considère comme étant de trop dans la famille et manifeste l'intention de quitter la maison. Pour le distraire, son frère entreprend avec lui un voyage pendant lequel le malade accomplit toutes sortes d'actes bizarres; notamment il a la manie de dérober des couteaux au restaurant. Son frère est obligé d'exercer sur lui une surveillance constante. Malgré cela, un jour où le malade insiste pour faire passer son frère le premier par une porte, celui-ci lui découvre un couteau caché sous la veste. De retour à Paris, il lui arrive certain jour de quitter brusquement un ami pour sauter dans un omnibus où il ne peut payer sa place et provoque une discussion. Ses paroles trahissent bientôt un dérangement cérébral quand un matin il déclare à table qu'il est roi de France. En dernier lieu, M... fait une fugue qui détermine son internement. Après avoir disparu pendant trois jours, il est ramené chez lui par des agents qui l'ont trouvé dans la rue criant et gesticulant. Le malade est alors placé à Ste-Anne d'où il est envoyé à l'Asile de Villejuif le 19 octobre 1898.

Tout d'abord, le malade est agité d'une façon continue ; puis, au bout d'un certain temps, il se calme mais présente encore pendant plusieurs années des périodes d'excitation durant lesquelles il frappe d'autres malades et casse des carreaux. Très souvent on est obligé de le passer au quartier des agités. Pendant cette période, M... se masturbe très fréquemment. Au mois de novembre 1903, le malade commence de pisser au lit et en même temps s'amaigrit beaucoup. Depuis, son état physique s'est amélioré mais il lui arrive encore parfois de pisser au

lit. De temps en temps aussi le malade a encore des mouvements impulsifs, et depuis le mois de mars il lui est arrivé quatre fois de frapper des infirmiers ou des malades.

*État actuel.* — Exception faite de ces mouvements impulsifs, le malade est ordinairement calme, nonchalant même; dans la journée il reste le plus souvent assis ou bien il marche en décrivant des cercles. M... ne prend aucun soin de propreté, obligeant les gardiens de le débarbouiller tous les matins; cependant il mange assez proprement. Dépourvu de toute initiative, il faut lui boutonner ses vêtements ou tout au moins lui commander de le faire. Son facies paraît figé et s'anime seulement par des éclats de rire sans motif. Indifférent à sa sortie, le malade reconnaît les personnes qui viennent le voir mais ne leur témoigne aucune affection et ne demande jamais des nouvelles de personnes qu'il a connues. M... est également incapable de dire son âge, de désigner l'endroit où il se trouve, d'indiquer l'année ni le mois.

Lorsqu'il parle, on remarque un certain degré de blésité. M... ne présente pas de catatonie. Chez lui les réflexes tendineux sont exagérés, les réflexes plantaire et pharyngien normaux, les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation diminués. Les pupilles sont égales et en état de mydriase. A noter enfin l'absence d'œdème, de cyanose, de dermographisme.

Observation VI. — T... Maximilien, portefeuilliste, entre à l'Asile de Villejuif le 20 juin 1900, à l'âge de 29 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Le père est mort de phthisie galopante peu de temps après son mariage.

La mère est vivante et bien portante.

Dans la famille il n'existe aucun cas d'aliénation mentale.

*Antécédents personnels.* — T..., est le fils posthume d'un père phthisique. Il est venu au monde avant terme, à 8 mois 1/2 environ, pendant le siège de Paris. A sa naissance, c'est un enfant tout petit mais néanmoins très vivace ; sa mère l'élève au sein. A 13 mois il a la coqueluche suivie de fluxion de poitrine. A l'âge de 2 ans T... reçoit sur l'orbite un coup qui amène un gonflement considérable de l'œil. En guise de traitement, on lui applique au niveau de la nuque un vésicatoire qui creuse beaucoup les parties molles laissant plus tard une cicatrice indélébile et disgracieuse. Enfin, à l'âge de 11 ans, T... contracte une fièvre typhoïde d'une durée de deux mois et accompagnée de délire.

T... est allé à l'école jusqu'à l'âge de 13 ans et a obtenu le certificat d'études : c'était un élève ordinaire. En quittant l'école il est mis en apprentissage chez un portefeuilliste; mais il ne fut jamais un excellent ouvrier en raison d'un tremblement musculaire pour lequel il a été ajourné pendant deux ans et placé la troisième année dans l'armée auxiliaire. Aussi T... gagnait peu d'argent dans son travail et ce fut une des raisons pour lesquelles on le vit changer à différentes reprises de métier.

*Histoire de la maladie.* — En 1891, à l'âge de 20 ans, T... épr une vive contrariété à cause de propos désobligeants que des camar tiennent sur son compte à cause de sa cicatrice du cou. Ces crit le poussent à se cautériser avec de l'eau acidulée.

Quelques temps après, un amour malheureux vient jeter le tr dans sa vie. D'un caractère timide, il commence par faire des exc boisson pour mieux réussir dans son entreprise amoureuse, mais heurte à l'opposition des parents qui exigent de lui une position rée. Alors, pour se faire agréer, il essaye successivement différ professions : d'abord celle d'aéronaute, puis un jour il se met l'idée d'écrire et de publier des brochures humoristiques. N' aucune expérience du métier, ce travail devient pour lui un s nage auquel s'ajoute bientôt une déception, car ses brochures vendent pas. Le souvenir de celle dont il est épris le poursuit au m de ses tracas, il essaye de se ressaisir et reprend son ancien ét portefeuilliste vers la fin de l'année 1899. Mais toutes ces caus préparé son dérangement cérébral dont les premiers symptôm tardent pas à apparaître.

Au mois de mars 1900, dans un accès de surexcitation délirante présente chez la mère de la personne qu'il désirerait épouser et v frapper avec un tire-point. C'est un accès passager et le lend T... raconte à sa mère qu'il vient d'avoir une crise de folie. Mai des modifications plus persistantes apparaissent dans son cara Lui d'ordinaire si réservé tient des propos grossiers devant la fille qu'il aime, lui adresse en public des propositions déshonnê lui offre même de l'argent pour satisfaire sa passion.

Au mois de mai 1900 T.... se croit poursuivi par des ennem veut se cacher dans la crainte d'être tracassé. Un matin il ar 4 heures chez sa mère, disant qu'on le « poursuit, qu'on lui a m pistolet dans la poche pour faire croire qu'il a assassiné un agent mère le fouille, ne trouve pas de pistolet mais un tire-point. En d lieu, pendant 8 jours, le malade fuit de chez lui le matin de bonne l erre dans Paris toute la journée et ne rentre qu'à la nuit. Sa m fait alors placer dans un Asile et le 20 juin 1900 il arrive à Villej

*État actuel.* — Autrefois très affectueux, T... est devenu deux ans d'une indifférence complète à l'égard de sa mère. A ce jours il ne semble même pas la reconnaître. Le malade ne ma plus aucun désir. Depuis son entrée il passe ses journées à m dans la cour la tête baissée, les mains dans les poches du gilet san attention à personne. En se promenant, il crie et répète plusieurs suite d'une voix forte et perçante certains mots, certaines ph Jusqu'ici le malade n'a eu qu'une seule période d'excitation vé de courte durée. Une seule fois on a observé un mouvement imp le malade a frappé sa mère. T... écrit beaucoup dans la journé fait passer ses billets par un trou du mur servant à l'écouleme eaux. Ses écrits se composent d'une salade de mots semée d'abrévi et absolument inintelligible. La tenue du malade est négligée, cep

il mange assez proprement et se débarbouille tous les matins. Jamais il n'a été gâteux.

Lorsqu'on l'interroge on est frappé de l'incohérence de ses discours. Il répond à côté de la question. Souvent il n'y a pas de suite dans la phrase et ses réponses affectent le style télégraphique. Il existe un affaiblissement global des facultés intellectuelles, en particulier de la mémoire.

Les différents réflexes sont normaux sauf les réflexes rotuliens qui paraissent exagérés. Les pupilles sont légèrement inégales, en état de mydriase. Absence de troubles circulatoires et de dermographisme.

Observation VII. — H..., Auguste, employé de commerce, venant de l'hospice de Bicêtre, entre à l'asile de Villejuif, le 30 juin 1903, à l'âge de 27 ans.

*Antécédents héréditaires.* — On ne trouve aucun aliéné dans la famille. Le père est mort d'une maladie de cœur. La mère, vivante et bien portante, a eu neuf enfants dont sept sont morts en bas-âge de maladies diverses. Il existe encore une fille bien portante et le malade.

*Antécédents personnels.* — Ce dernier est le fruit d'une grossesse avec hydramnios. L'enfant est venu au monde à terme, mais tout petit et en état de mort apparente. On a été obligé de le réchauffer pour le ranimer et, pendant quelques jours, le nourrisson prenait mal le sein. Néanmoins H... s'est développé normalement et son passé pathologique commence avec l'affection actuelle.

H... est allé à l'école de 6 à 14 ans ; il apprenait facilement et avait beaucoup de prix. A 12 ans, il obtient le certificat d'études ; l'année suivante, il concourt pour une bourse afin d'entrer dans une école professionnelle. Il obtient la bourse et rentre à l'école, mais au bout d'un an il est obligé de quitter parce qu'il se sent fatigué. A cette époque, H... travaillait beaucoup, passait des nuits à écrire et mangeait peu. En sortant de l'école professionnelle, H... fait une demande à l'effet d'obtenir un emploi au Ministère des Finances où il est admis comme employé aux coupons. Au Ministère, on était très content de lui et, à l'âge de 16 ans, il gagnait 3 fr. 50 par jour.

*Histoire de la maladie.* — A l'âge de 18 ans, H... contracte la fièvre scarlatine. Il reste malade pendant plus d'un an, se plaignant de douleurs dans les jambes et de céphalée. Dans la suite, il ne peut reprendre son travail, se laisse aller au découragement et aux idées noires. Il pleure toute la journée, disant que sa position est perdue, que sa famille est ruinée. Depuis le jour où il a eu la scarlatine, son entourage a remarqué une diminution appréciable de la mémoire. Les troubles cérébraux progressent très rapidement dans l'espace de six à sept mois. Des hallucinations apparaissent. H... entend monter la guillotine et se figure qu'il va mourir. A deux reprises, l'intention du suicide se manifeste chez le malade : une première fois, sa mère lui arrache un revolver qu'il tient caché dans une gibecière ; la seconde fois, on le désarme au moment où il vient de saisir un couteau pour se couper la

gorge. Il devient dès lors nécessaire d'isoler le malade, et ses par le placent, en 1896, à l'hospice de Bicêtre dans le service du Dr D H... est âgé de 20 ans au moment de son entrée à l'hospice. Les miers temps de son séjour, le malade a des préoccupations religieu il passe des journées à genoux devant un christ sans manger. Penc un certain temps, il parle encore avec sa mère, mais à la fin il dev taciturne et ne cause plus. On le surprend à plusieurs reprises en t de se masturber. Après un premier séjour de cinq ans, en 1901 mère le retire de Bicêtre ; mais, trois jours après, elle est obligée d reconduire, car le malade ne veut pas rester à la maison. Les cer cats du Dr Séglas, à cette époque, portent le diagnostic de déme précoce. Pendant son second séjour, le malade ne parle presque plu répond par écrit lorsqu'on lui fait une question. Au mois de juin 1 sa mère le retire à nouveau de Bicêtre pour le placer à l'Asil Villejuif.

L'état du malade n'a guère varié depuis son entrée à l'Asile. moments, il présente des crises d'excitation, déchire le linge qu mère lui apporte et celui qu'il a sur le corps. Une seule fois, il a eu mouvement impulsif pour donner une gifle à sa mère.

*État actuel.* — Le malade reste le plus souvent assis, présente attitude soudée dans une position toujours la même : le cou allo la tête penchée en avant et la physionomie faisant une moue spéci H... fait entendre par moments un petit cri guttural particulièrem lorsqu'il veut écrire et répondre à une question. En insistant, on ar à le faire parler ; il s'exprime d'une voix chevrotante et se met par à rire au milieu de son discours. Relativement docile, il mange a proprement et n'a jamais été gâteux. Quelques idées délirantes per tent encore, mais confuses et incohérentes, présentant en somme caractère démentiel.

On remarque chez H... une tendance à conserver les attitu communiquées. A certaines périodes, le malade a présenté de la c tonie véritable. Les réflexes tendineux sont exagérés, le réflexe plant est normal. Les pupilles sont inégales et réagissent mal à la lumièr à l'accommodation. Il n'existe pas de dermographisme ni d'œdèmes.

M. Girma, secrétaire général, lit la note suivante de M. P Garnier (de Paris) en réponse au rapport de M. le Dr Deny.

M. Paul GARNIER. — Je ne crois pas me tromper en disant le rapport de mon ami Deny, rapport d'ailleurs si clair et si r est de nature à soulever bien des controverses. Son travail, libre et franche allure, vient heurter, en effet, bien des con tions et saper quelques gloires. Il n'y aurait pas autremen s'en plaindre s'il nous apportait la vérité. Mais de ceci on p encore douter.

En tous les cas, s'il y avait un mauvais service à rendre à la théorie de la démence précoce c'était, à coup sûr, d'englober parmi les formes de cette *psychose dégénérative d'évolution* ce qui en est précisément comme l'antithèse, à savoir la *psychose systématique progressive,* ou délire chronique des persécutions.

A mon sens, on ne saurait trop s'élever contre un pareil fusionnement qui, je l'avoue, me déconcerte.

Que l'attention du clinicien soit retenue par le groupement de ces phénomènes très particuliers, les uns, psychiques, comme l'oblitération rapide de l'intelligence — à inégale répartition d'ailleurs — avec ses manifestations si spéciales d'apathie, d'inertie, de passivité, de cette sorte d'*éloignement mental* rendant le malade comme *étranger* et même *hostile* à son milieu *(opposition, négativisme),* les autres, d'ordre moteur, consistant en des répétitions automatiques de paroles, de gestes et d'actes *(stéréotypies),* en des attitudes cataleptoïdes *(catatonie)...,* que cet ensemble symptomatique, dis-je, ait arrêté les regards de l'observateur à commencer par notre grand Esquirol, c'est ce que tout le monde peut comprendre.

Depuis l'époque où ces signes furent notés à l'état de groupement, leur signification pronostique fut jugée détestable et il appartenait à Morel, à son continuateur, M. Magnan, et à ses élèves de rattacher à la dégénérescence héréditaire ces phénomènes graves apparaissant à titre de symptômes d'une débilité constitutionnelle qui, pour n'être pas apparue très ostensiblement, dès le plus jeune âge, n'en reprenait pas moins ses droits vers la régression biopathologique conditionnée par l'hérédité.

Au dire du rapporteur, cette conception étiologique de la démence précoce fut une grave erreur et il nous parle de *provinces perdues pour la psychiâtrie française.* On estimera sans doute que ce jugement est sévère ; de plus, je le crois tout à fait injuste. Morel et ses continuateurs ne sauraient être taxés du reproche d'avoir ainsi été les auteurs d'un démembrement ou d'un amoindrissement de notre patrimoine scientifique.

Qu'on me permette de dire que cette sorte d'exécution de maîtres que nous admirons et vénérons n'est pas faite pour conduire à concilier les opinions. L'oreille française s'habituait déjà assez mal au sens allemand des termes, d'après lequel la démence précoce n'est cependant pas la démence — attendu

qu'on la proclame curable — et la précocité n'est plus la pré cité, puisque la démence précoce, mentant à ses promess s'observerait chez des quinquagénaires.

Néanmoins, comme on nous disait qu'il ne fallait point s'a cher au sens littéral des mots, nous étions prêts à pénétrer ce terrain d'entente où l'on se fait des concessions réciproqu quand il s'agit surtout d'établir un compromis étiologique.

Mais le moyen de s'entendre quand on vient introduire la p chose systématique progressive, ou délire chronique des per cutions, dans le cadre de la démence précoce ! N'y a-t-il pas, contraire, incompatibilité absolue entre ces deux psychoses toute leur symptomatologie n'est-elle pas en opposition grante ?

Entre cet être inerte, indifférent qu'est le dément précoc ce délirant chronique, éminemment actif, réclamant sans ce et réagissant çà et là, donnant enfin l'exemple d'une *longé délirante* exceptionnelle et d'une incontestable *tenue* intell tuelle, que de dissemblances fondamentales !

Est-ce que les stéréotypies de langage de la période termin démentielle de la p. s. p. peuvent suffire pour établir le moin rapprochement entre deux processus si différents ?

Le soutenir serait s'exposer à se faire adresser le reproche négliger l'analyse mentale pour accorder à quelques phéno nes extérieurs en partie communs à toutes les démences importance vraiment exagérée.

L'idiot, le dément apoplectique ont aussi leurs stéréotypies paroles et de gestes. Est-ce donc un motif pour les ranger pa les déments précoces !

Je ne crois pas qu'on puisse considérer comme erroné donnée d'après laquelle le fruit d'ascendants tarés est p marqué qu'un autre pour cette sorte d'*avortement intellec médiat* que constitue la démence vésanique hâtive qui, sem rait-il, n'est si soudainement galopante que parce que le ge de son action morbifique est tout à coup appelé à accompli destinée, transitoirement suspendue.

On voudrait nous faire accepter l'idée que la démence préc sorte d'*idiotie retardante*, n'est qu'un fait fortuit, acciden qu'elle est produite par une auto-intoxication, engendrée e même par des causes d'épuisement, le surmenage, etc. Mais

est vrai qu'il s'agisse, en l'espèce, d'une auto-intoxication, pourquoi donc l'état constitutionnel n'en serait-il pas en grande partie responsable ? Cette auto-intoxication se fait — le mot le dit — avec les ressources propres de l'organisme. A surmenage égal, que de différences de réaction suivant les individus. Ne s'épuise si vite que celui qui n'était pas préparé pour l'effort à produire.

Le distingué rapporteur déclare « *qu'on a fait justice des exagérations de la théorie de Morel et de Magnan, sur les dégénérés héréditaires* ». Ce serait à vérifier et, en tous les cas, il y a d'autres exagérations que l'observation clinique — à laquelle doit toujours appartenir le dernier mot — saura faire apprécier à leur valeur.

Le professeur Kraepelin n'affirme pas qu'il détient toute la vérité sur cette difficile question. Bien des points lui paraissent encore obscurs. Et, de fait, sa manière de voir se modifie et nous voyons cet éminent chef d'école refondre fréquemment ses travaux, y apporter d'importantes retouches, et ne pas disconvenir que peut-être l'interprétation de demain ne sera pas celle d'aujourd'hui.

Aussi, certains entraînements remarqués chez quelques partisans de ces doctrines, qui veulent être plus royalistes que le roi, sont-ils plutôt pour l'embarrasser.

Sachons être patients. Attendons des résultats plus stables, moins discutables avant d'écarter les guides scientifiques qui ont été les nôtres jusqu'à ce jour.

Dr COLIN, *Médecin de l'Asile des aliénés de Villejuif.*

Je viens exposer très brièvement les quelques réflexions que m'a suggérées la lecture du si intéressant rapport de M. Deny.

M. Deny, se rattachant ainsi aux idées qui ont cours en Allemagne, s'efforce surtout, comme conclusion dernière, de séparer, sous le titre de démence précoce, une entité morbide dans laquelle il fait rentrer les démences consécutives aux prétendues psychoses dégénératives et aux délires systématisés aigus.

Cette conception est-elle l'expression de la vérité ? Je ne le pense pas. Je ne comprends pas et n'ai jamais compris, pour ma part, cette tendance qui nous vient d'Allemagne à fondre

dans une même et unique maladie une foule d'états différe sous le fallacieux prétexte de l'existence de symptômes id tiques.

Je sais bien qu'il n'y a pas de maladies, il n'y a que malades ; mais encore une fois, comme l'enseignait Charcot, i a des types de maladies, et c'est l'étude de ces types, dégagés toutes les complications accessoires, de tous les symptômes n constants qui nous servira de fil conducteur dans le labyrin des maladies mentales.

C'est pourquoi j'ai bien le droit de m'étonner si, d'une pa la classification de Kraepelin fait disparaître en Allemag comme le note si bien M. Deny, des innombrables variétés Wahnsinn et de Blödsinn, de Verrucktheit et de Verwirth de voir préconiser deux panacées universelles qui s'appell la Démence précoce et la Paranoïa.

On a beaucoup parlé, et on parle beaucoup encore, des exa rations auxquelles aurait conduit la théorie des dégénér cences. N'est-il pas étrange de voir actuellement les mêm exagérations se produire au sujet de la démence précoce et la paranoïa dans lesquelles on est en train de faire rentrer presque totalité des affections mentales.

Pour moi, dès qu'apparaît ce terme de Paranoïa, dont signification a subi, avec le temps, des fluctuations si variée je ne puis m'empêcher de penser à cette parole de Bénedikt Congrès International de Médecine de Rome :

« Lorsque j'entends formuler ce diagnostic, je me deman » souvent s'il doit s'appliquer au médecin qui l'a exprimé ou » malade qui en a été l'objet. »

Je crois donc qu'il y a intérêt à ramener la question à u formule plus simple, et à délimiter tout d'abord d'une faç exacte la signification des termes que nous employons.

Pour ma part, je conserve au mot démence la significati qu'il n'aurait jamais dû perdre, c'est-à-dire que le tern démence implique l'affaiblissement continu et absolu, et final ment la perte des facultés intellectuelles.

Je conserve, d'autre part, à l'adjectif précoce le sens qui l a toujours été attribué dans notre langue, c'est-à-dire la pr priété d'être prématuré, de survenir avant le temps, avant l'à ordinaire, et par conséquent chez les jeunes gens.

Ceci posé, nous devons nous demander s'il existe véritablement une entité morbide répondant à cette appellation nettement définie : démence précoce ; c'est-à-dire, une maladie caractérisée par un affaiblissement en bloc de toutes les facultés intellectuelles, cette maladie, incurable, atteignant les jeunes gens, à l'exclusion des adultes. Je laisse de côté, on le voit, les diverses manifestations morbides qui sont considérées comme marquant le début de la démence précoce (idées de persécution, mélancolie, hypochondrie, etc., etc.). Dans toutes les maladies organiques, sans exception, les phénomènes de début sont éminemment variables ; c'est plus tard seulement que se dessine la forme véritable de l'affection.

A mon avis, cette entité morbide existe et c'est à elle et à elle seule qu'on doit réserver le nom de démence précoce.

Elle présente :

1° Un siège anatomique ;

2° Des symptômes particuliers ;

3° Une évolution spéciale.

Cette maladie atteint exclusivement les jeunes gens, et je crois, d'après ce qu'il m'a été donné d'observer, que la limite de 30 ans est déjà beaucoup trop reculée. Je ne veux pas revenir sur les différentes théories causales si bien résumées par M. Deny ; je veux simplement retenir parmi ces causes l'auto-intoxication et le surmenage sans oublier les fameuses causes morales, formes fréquentes du surmenage dont autrefois on a peut-être abusé, mais dont on tend, aujourd'hui, à diminuer de façon exagérée l'importance dans l'étiologie des maladies mentales et cela au mépris de ce que nous enseigne, dans la vie ordinaire, notre pratique journalière et personnelle.

Est-il besoin d'ajouter que la prédisposition héréditaire, toute question de stigmates mise à part, joue ici un rôle des plus importants. Le nier serait méconnaître l'influence certaine de l'hérédité sur la genèse des maladies nerveuses en général.

Je ne veux pas m'étendre sur le siège anatomique de la démence précoce. Je me rallie pleinement à cet égard aux idées exposées par Klippel et à l'interprétation qu'en a donnée Pactet.

Si nous abordons les symptômes propres à la démence précoce, j'avoue qu'ici je ne me sens nullement porté à accorder une influence quelconque aux phénomènes catatoniques, au

négativisme, aux différentes altérations des phénomènes flexes, aux troubles pupillaires, etc., etc. Ce sont là des sy tômes accessoires qui se rencontrent dans une foule maladies. Pour moi les symptômes de la démence précoce s au nombre de trois :

1° La suppression de la volonté entraînant d'une part la pe de l'association volontaire des idées au point de vue intellec et, d'autre part, l'absence de réaction au point de vue physiq

2° Les troubles vasomoteurs ;

3° Les impulsions.

La suppression des phénomènes volontaires est pour la caractéristique de la démence précoce. Le malade ne p pas vouloir : il rappelle, à s'y méprendre, par son attitude, c tains amnésiques traumatiques. Mais il est capable de réa sous l'effet d'une excitation extérieure ; il peut alors répon à peu près aux questions qu'on lui pose, exécuter les ac qu'on lui commande, sourire à certains moments, et c'est cela que, dans les périodes de dépression, il diffère profon ment des mélancoliques avec lesquels on a voulu le confond

Les troubles vasomoteurs sont constants, soit qu'il s'agi de la cyanose de la face et des extrémités des déments dép més ou mélancoliques, soit qu'on envisage les alternatives pâleur et de rougeur subite, si caractéristiques, chez ces mala à l'état ordinaire.

Enfin les impulsions sont également la règle, avec toute soudaineté qui caractérise ce genre de phénomènes, et encore nous avons un élément de diagnostic important avec mélancolique ordinaire à l'existence duquel je continue croire.

Je ne veux pas insister ; vous connaissez tous comme r l'attitude des malades que j'ai en vue actuellement, attitu qui permet de les reconnaître, pour ainsi dire, à distance.

Au point de vue de l'évolution, la démence précoce, et c' encore pour moi un de ses caractères, est incurable, ce qui coule tout naturellement de sa détermination anatomique. I cas de déments qui ont été cités comme ayant guéri devaie à mon avis, rentrer dans le cadre de la confusion mentale av laquelle le temps seul permet de faire le diagnostic.

A plus forte raison, ne doit-on pas englober dans la démen

précoce ces cas d'individus qui tiennent des discours incohérents et qui accusent le négativisme le plus absolu, mais qui conservent intactes toutes leurs aptitudes pour les travaux difficiles et compliqués. Ce ne sont pas des déments.

Enfin je me refuse absolument à faire rentrer dans la catégorie des déments précoces les délires d'emblée ou polymorphes qui, d'après M. Deny, guériraient en laissant persister un état démentiel originel. C'est là une affirmation un peu osée, et il n'est personne parmi nous qui n'ait eu l'occasion de soigner des malades de ce genre et chez lesquels un accès primitif de délire n'a jamais reparu, sans compter ceux qui ont présenté plusieurs périodes délirantes, sans que leurs facultés intellectuelles aient subi la moindre atteinte.

Je ne veux pas m'étendre plus longuement sur ce sujet, et je conclus que, limitée ainsi que j'ai essayé de le faire, la démence précoce constitue un type clinique bien défini. N'oublions pas que c'est la clinique et la clinique seule qui détermine les types de maladie. L'anatomie pathologique vient ensuite confirmer les données de la clinique.

Ici nous avons les deux éléments réunis. Le type clinique existe et, d'après Klippel, son siège anatomique est connu. La démence précoce a donc le droit de figurer au titre de maladie autonome dans le cadre si varié et si touffu des maladies mentales.

Maurice DIDE, *Médecin-adjoint de l'Asile des aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).*

La démence précoce a actuellement conquis son droit de cité et la discussion ne paraît porter que sur les limites à assigner à cette maladie mentale. Je pense qu'il y a lieu de réserver cette appellation à des cas survenant avant l'achèvement du développement complet de l'individu et caractérisés au point de vue mental par des alternatives d'excitation maniaque et de dépression avec inhibition, ces alternatives étant le plus souvent commandées par des hallucinations psycho-motrices (excitation) et psycho-inhibitrices (dépression), ces dernières provoquant un état pénible subjectif (sperrung des auteurs allemands). La maladie évolue rapidement vers un affaiblissement intellectuel où l'attention et les sentiments affectifs sont altérés d'une façon

précoce. Des formes anormales résultent de l'exagération ( symptôme : les formes catatoniques agitée ou stupide sont exemples les plus simples. Dans la forme paranoïde il existe période délirante qui peut être la première en date. La déme précoce simple non délirante est une forme fruste où les é obsédants et impulsifs semblent remplacer les hallucinati décrites plus haut.

Ainsi limitée dans ses grandes lignes, la démence préc semble devoir comporter comme la paralysie générale signes physiques, dont pas un isolement n'est pathognomoni mais dont le groupement parait important.

Les signes vaso-moteurs sont à citer en première ligne ; ce s le dermographisme, le pseudo-œdème, le purpura, l'éryth multiforme, les alternatives de congestion et d'anémie de pupille ; puis viennent les troubles réflexes : exagération réflexes tendineux, diminution des réflexes cutanés, variabi de l'état moyen de la pupille ; il faut citer encore les troul génito-urinaires : troubles de la fonction génitale, modificat de la formule urinaire avec oligurie, augmentation de la dens diminution notable de l'urée ; on peut noter enfin des modifi tions de la formule hématologique avec légère lymphocytos apparition en quantité exagérée d'eosinophile.

Il semble bien que la démence précoce soit liée à des phé mènes auto-toxiques, mais certainement très différents auto-intoxications hépato-rénales puisque le régime lacté i gral appliqué à douze malades pendant cinq mois n'a appc que d'insignifiantes modifications à l'état mental.

Les guérisons signalées résultent probablement souvent d' reurs de diagnostic ou doivent être considérées comme rémissions, du moins dans l'immense majorité des cas.

M. Ernest DUPRÉ, *Professeur agrégé à la Faculté de Mé cine, Paris.*

Je désire rapporter au Congrès la relation de deux cas démence précoce à forme catatonique, terminés par la g rison.

Il s'agit de deux jeunes filles de 18 et de 23 ans qui, ap avoir présenté le syndrome le plus net et le plus complet de catatonie, avec raideur, stéréotypie des attitudes et du langa

négativisme, impulsions, etc., pendant plusieurs mois, ont toutes les deux absolument guéri sans diminution ultérieure saisissable de l'intelligence. La guérison dure, chez l'une des malades, depuis dix-huit mois ; chez l'autre, depuis huit mois. L'avenir décidera s'il s'agit dans ces deux cas de rémission ou de véritable guérison. La cessation des accidents est en tout cas complète. Ces cas sont analogues à ceux qu'ont déjà observés et publiés les anciens aliénistes, à ceux auxquels faisait allusion tout à l'heure M. Parant, et rentreraient dans la seconde classe des pseudo-démences précoces de Régis, celles des psychoses toxiques sub-aiguës qui atteignent les prédisposés, sous des influences encore mal connues.

M. Colin lit la note suivante de M. le Dr KLIPPEL, *Médecin des Hôpitaux, Paris.*

**Anatomie pathologique et nature de la démence précoce.** — Je dois des remerciements à M. Deny qui m'a fourni les cerveaux de plusieurs déments précoces et qui a fait une large place à mes travaux sur ce sujet dans son remarquable rapport.

Dans ce rapport, M. Deny n'est pas d'accord avec moi sur tous les points.

Après avoir montré que l'encéphale était composé de tissus de différenciations diverses comportant des vulnérabilités différentes, j'ai cherché à établir que certaines maladies mentales frappaient l'ensemble de ces tissus, les éléments neuro-épithéliaux (neurones et névroglie) aussi bien que les éléments vasculo-conjonctifs (vaisseaux et méninges), tandis que d'autres se localisaient en définitive sur les seuls éléments neuro-épithéliaux.

J'ai ensuite fait remarquer que c'était dégager un caractère important d'un agent pathogène que de reconnaître sur lesquels de ces tissus portait son action.

Ayant étudié la démence précoce à l'aide de ce principe, j'ai reconnu que dans mes quatre cas, il n'existait *aucune réaction du tissu vasculo-conjonctif*. Non, dans aucun de mes cas il n'y avait de lésions vasculaires : ni leucocytose dans le sang contenu, ni diapédèse, ni hyperhémie, ni prolifération ou dégénérescences des parois. En découvrant dans quelques points circonscrits de la prolifération névroglique au voisinage de

vaisseaux, j'ai fait remarquer que c'était là une réactio
tissu neuro-épithélial, et non du tissu vasculo-conjonctif.

Cette lésion du seul tissu neuro-épithélial m'a semblé indi
que les agents pathogènes qui l'avaient provoquée, c'est-à
qui n'avaient entrainé de lésions que dans le tissu le plus h
ment différencié et par là le plus fragile, avaient dû agir
façon assez faible, mais répétée, sur l'individu seul ou aus
ses ascendants. De la sorte, les réactions vasculo-conjonc
pouvaient faire défaut grâce à ce mode d'action très spéci
contrairement à d'autres maladies où les altérations vascul
se produisent avec constance.

De là toutes les démences reconnaissent des lésions or
ques, mais dans les maladies dites vésaniques, ces lésions
d'ailleurs y peuvent être des plus profondes, seraient cir
crites au seul tissu neuro-épithélial.

A ces distinctions anatomiques devaient correspondre
distinctions pathogéniques, à savoir : des agents patho
ayant des modes d'action différents.

Mais voici que d'autres auteurs ont montré dans quelque
de démence précoce, non dans tous, il s'en faut, des lé
vasculaires plus ou moins accusées.

En rappelant ces faits, M. Deny considère qu'il n'y a p
différences anatomiques entre la démence précoce et le
mences à lésions vasculo-conjonctives.

Mais quelles sont les lésions vasculaires observées pa
auteurs dans la démence précoce ?

S'agit-il de cellules névrogliques comprimant ou envahi
les capillaires, le tissu vasculaire lui-même étant demeuré i
sous l'influence de l'agent pathogène causal ? J'ai reconnu,
aussi, sur quelques points, cette prolifération névrogliqu
n'est nullement contraire à ma manière de voir, la *névr
étant d'origine épithéliale et non conjonctive.*

S'agit-il de diapédèse, ce que M. Deny ne nous dit pas
ce cas la diapédèse ne serait-elle pas le résultat d'une ma
infectieuse intercurrente ? Je rappelle ici que même par
tion sur le vivant, on ne rencontre pas de leucocytose
dienne. En citant ce fait, M. Deny n'a pas marqué con
c'était là un argument défavorable à la présence d'une l
vasculaire diapédétique dans l'encéphale.

Quoiqu'il en soit de cette lésion, on peut être et on est le plus souvent dément précoce, sans que l'autopsie démontre la plus minime lésion du tissu vasculaire de l'encéphale, cela en opposition avec d'autres démences, où les réactions du tissu vasculo-conjonctif sont constantes.

Or je ne crois pas que dans une recherche sur la nature et la nosographie de la démence précoce il soit possible de négliger une lésion qui est à la fois constante par elle-même et suffisante, peut-être même la seule qu'on ait observée jusqu'ici.

Si des altérations exclusives du tissu neuro-épithélial ne suffisent pas à faire distinguer la démence précoce de toutes les autres maladies mentales, du moins la séparent-elles d'un certain nombre d'entre ces maladies.

En négligeant les différences sur lesquelles je viens d'insister, M. Deny en est venu à donner de la nature de la démence précoce une définition qui peut-être est insuffisante à fixer sa place en nosologie.

MM. Raoul LEROY et LAIGNEL-LAVASTINE, *ex-internes des Hôpitaux de Paris.*

**Un cas de démence précoce avec autopsie.** — Nous n'avons jusqu'alors étudié qu'un cas de démence précoce avec autopsie. Néanmoins, comme la question *des démences vésaniques* est à l'ordre du jour du Congrès et que les examens anatomiques de déments précoces sont encore très rares, nous croyons intéressant de rapporter ici notre observation.

*Lourde hérédité morbide. — Début de la psychose à 24 ans par des troubles de l'attention et du caractère, rires automatiques, fugues. — Internement à l'âge de 25 ans, négativisme, verbigération, illusions et hallucinations de la vue et de l'ouïe, délire polymorphe nettement démentiel. — Rémission. — Rechute, attitude et gestes stéréotypés, embonpoint rapide, négativisme absolu. — Rémission. — Nouvelle rechute, alternative de stupeur et d'agitation catatonique. — Décès par tuberculose pulmonaire à l'âge de 29 ans.*

*Autopsie. — Examen histologique du cerveau et des viscères. — Comparaison avec les pièces histologiques de deux tuberculeux du même âge et d'un dément sénile.*

**G., Ozine, domestique, née le 30 Juin 1874 à Emanville (Eure), entre le 1er Juillet 1899 à l'Asile d'Evreux avec le certificat suivant du médecin traitant. « Mélancolie avec hallucinations de l'ouïe ; cette malade est en communication constante avec des personnages imaginaires ;**

elle est préoccupée parce que les personnes qui l'entourent s' çoivent de ses communications avec les êtres qui lui parlent hallucinations la hantent sans cesse. Mlle G. ne peut plus se depuis quelque temps à aucun travail régulier. »

*Antécédents héréditaires.* — G. présente une lourde hérédité mo *Père alcoolique chronique* ayant eu du délire; sœur née en 187 *légère, de mœurs faciles;* frère né en 1870, *atteint de paralysie inf gauche.*

Mère morte tuberculeuse à l'âge de 40 ans.

*Antécédents personnels.* — Ozine est l'aînée de la famille; elle à rme, s'éleva facilement et ne contracta aucune maladie grave. jeune fille d'une intelligence moyenne, travailleuse, de car Elle fut difficilement réglée vers la 15e année.

Placée comme domestique dès l'âge de 15 ans, elle resta neuf dans la même maison (1889-1898) à la grande satisfaction de ses m Cependant, la dernière année, Ozine changea d'allures : elle *négligente, paresseuse, facilement irritable* et fut finalement ren Elle essaya d'entrer dans deux ou trois places, mais ne put se m nulle part en raison de la bizarrerie de son caractère. *Elle constamment de mariage,* se figurant qu'un jeune homme riche drait bientôt demander sa main et qu'elle n'avait plus besoin vailler pour gagner sa vie. On la voyait avec surprise *éclater sans motifs, à tous moments,* ou bien *fondre en larmes.*

D'autres fois elle *quittait brusquement son ouvrage* pour se re plusieurs kilomètres de distance chez son oncle et lui annoncer prétendu, un monsieur en habit de velours, lui avait donné vous ».

La situation devint telle vers le milieu de l'année 1899 que la la fit interner. On peut donc faire remonter le début de l'a mentale à la fin de 1898, alors que la malade avait 24 ans.

*Examen à l'entrée.* — G., Ozine entre à l'Asile très déliran présente du *négativisme,* ne veut pas manger et refuse de répon questions. Elle fait constamment le *geste de regarder derrièr cause seule* à voix basse.

Au point de vue physique, c'est une belle et forte fille, sans st de dégénérescence. Poumons et cœur sains; ni sucre, ni albumi les urines. Le foie ne dépasse pas les fausses-côtes. Pas de temp cependant la langue est très sale et le teint terreux. — *Exagéra réflexes rotuliens,* légère anesthésie de la peau à la douleur; *de phisme.*

10 Juillet 1899. — La malade résiste moins à tout ce qu'on faire faire et commence à causer. Elle se montre très hallucinée tant qu'elle doit être prochainement l'héritière d'un certain L. l'a entendu dire plusieurs fois. Le notaire de Beaumont-le-Roger de cet héritage à ses amis et elle a entendu nettement leurs pa passant à côté d'eux. D'autres personnes dans la rue disai

Monsieur B..., voyageur de commerce, avait l'intention de se marier avec elle.

13 Juillet. — Treize jours après son entrée, la malade fait une *tentative d'évasion*, en sautant la haie de la propriété, alors qu'elle se promenait avec une infirmière.

Aout. — Ozine offre un *mélange d'idées de grandeur, d'idées érotiques et d'idées de persécutions*. Elle se croit une grande dame et ne veut pas être domestique ; elle s'enorgueillit d'être au pensionnat, méprise les indigents; quelquefois elle dit qu'on veut se débarrasser d'elle, qu'on cherche à l'empoisonner. Ses conceptions sont marquées au coin de la faiblesse mentale. La malade parle sans cesse d'épanchements amoureux, elle se mariera avec un individu qui ne la connait pas et qui ne lui a jamais parlé, etc.

Septembre. — Elle ne s'occupe pas, se promène dans la cour de long en large toute la journée en causant seule ; elle se montre irritable, difficile à diriger, parfois violente.

Octobre. — *Rémission*. Ozine se met au travail, devient plus calme, moins hallucinée et part en congé chez son oncle.

1er Février 1900. — La malade revient à l'Asile. L'amélioration n'avait pas été de longue durée. Dès le mois de Décembre, Ozine avait refusé tout travail, *restant au lit* une partie de la journée, *cherchant souvent à s'échapper* et se *livrant même à des voies de fait* sur les siens.

A son arrivée, nous trouvons notre malade avec des accès alternatifs de gaieté et de mélancolie. Elle s'exprime dans un langage bizarre « mon oncle et ma tante ne m'aimant pas, vous le jurant, moi non sortie de chez mon oncle, y étant. Laissez-moi sortir, vous jurant que ma patronne me reprendra ». Elle éclate souvent de rire, cause seule toute la journée et *passe des heures entières à embrasser ses mains*.

Avril. — Même état ; Ozine cause seule, ne répond à aucune question, embrasse ses mains, ce qui ne l'empêche pas de travailler assez bien à la couture. Hallucinations continuelles de l'ouïe ; elle croit qu'on lui cause, mais ne veut donner aucune explication sur son délire.

Septembre. — Complètement inconsciente, elle prétend ne pas être malade et demande sa sortie.

Elle accuse des idées de grandeur et des idées de persécution. Elle s'admire dans une glace, aime à revêtir des robes aux couleurs éclatantes et parle d'épouser un jeune homme très riche. Hallucinations de l'ouïe et de la vue ; elle voit et entend son fiancé imaginaire.

Malhonnête envers les infirmières, elle se figure que celles-ci cherchent à lui faire du mal et lui disent des injures.

Novembre. — Toujours très coquette ; elle ne veut pas mettre les effets de la maison, aime à faire sa toilette, rit seule, embrasse ses mains.

*Perte des sentiments affectifs*. Elle ne veut pas reconnaître son oncle et sa tante qui sont venus la visiter, refuse de les recevoir et les couvre de sottises grossières.

Décembre — Ozine ne travaille plus, elle se montre très van très difficile à conduire, refuse de faire le ménage. Elle rit s toute seule sans motifs ; écrit des lettres incohérentes, malpropre mées de mots alignés à la suite les uns des autres sans auct apparent.

Mai 1901. — *Ozine engraisse en quelques semaines d'une façon gieuse.* Cette jeune fille qui était jolie, de belle taille, s'empâte a de ne plus être reconnaissable ; elle a la figure bouffie qui pre aspect vieillot.

Juin. — Elle tombe dans la stupeur, reste immobile sur sa dans l'inaction la plus complète, les mains croisées sur les geno yeux baissés. Elle ne sort de cette immobilité que pour deman sortie lorsque les médecins font la visite.

*Négativisme absolu.* Elle refuse de descendre au jardin, ref manger, ne veut pas se lever le matin, ne veut pas se coucher Demande constamment du papier pour écrire et croit toujours p lendemain.

Juillet. — Alitée à l'infirmerie pour amaigrissement, toux, nocturnes, léger mouvement fébrile le soir, elle présente, à l'au tion, des symptômes de tuberculose pulmonaire (matité et sou sommet droit). Elle reste cinq mois souffrante avec fièvre. Pendar cette période l'état mental s'améliore. Ozine répond aux question plus de netteté, semble moins désorientée, moins inconsciente.

Mars 1902. — Retombée dans la stupeur depuis le commen de l'année 1902, elle reste toute la journée à la même place derri porte, sans causer à personne et sans se mêler à la vie commune Quand on veut la faire manger il faut un temps très long patience à toute épreuve. Il en est de même quand on veut l sortir dans la cour.

Mai. — Ozine s'améliore progressivement et se trouve au r Mai *en pleine rémission.* Sortie de sa stupeur, elle va travailler a sionnat. Elle coud sans énergie, restant souvent immobile s ouvrage, mais présente toutefois une amélioration considérable pouvons causer avec elle sur des sujets ordinaires, mais dès qu l interrogeons sur son délire elle ne veut plus répondre.

Novembre. — La rémission se prolonge jusqu'au mois de Nov Ozine s'occupe un peu. Elle écrit des lettres moins malpropres aussi incohérentes ; l'intelligence reste très affaiblie malgré le apparent.

Décembre. — Elle ne travaille plus et *retombe très rapiden stupeur.* Elle présente de temps à autre de *l'excitation catat* s'élance sur ses voisines, gesticule, déchire ses vêtements, rem mouchoir le bras levé en l'air pendant une demi-heure ou une

Février 1903. — Persistance de la stupeur et de l'excitation ca

que. Ozine casse des carreaux, se jette sur les infirmières lorsqu'elles veulent la peigner, la faire manger et les frappe violemment. De plus en plus inconsciente, elle ne s'occupe plus du tout et demande les mêmes soins qu'un enfant ; cependant elle ne gâte pas. Elle reste le plus souvent assise sur un banc, la figure cachée dans son mouchoir. Chaque matin, à la visite, elle se lève et demande sur un ton monotone : « Quand partirais-je ? ».

Juin. — Nombreuses périodes d'agitation, surtout nocturnes ; elle dort très mal depuis un mois, crie et pleure le soir, mord ses poings jusqu'au sang.

Elle reste le matin cachée sous ses couvertures, ne veut pas se lever. *Ce qui domine en elle, c'est le négativisme ;* elle résiste absolument à tout, elle injurie et frappe les personnes qui veulent s'occuper d'elle. L'aumônier ayant voulu lui parler un jour, elle l'a frappé en s'écriant : « Va-t'en, cochon. »

Juillet. — Disparition des menstrues qui avaient été jusque-là très régulières.

Aout. — Même état catatonique ; Ozine maigrit beaucoup, recommence à tousser, s'alimente très mal, son visage prend une teinte blafarde.

La malade demande chaque matin à retourner au pensionnat (elle est à la section des agitées depuis cinq mois). Elle reste inerte, indifférente, à moitié déshabillée, ne causant à personne, résistant à tout. Elle ne mange que par force, ne veut pas s'habiller ni se déshabiller.

Elle est moins agitée pendant la nuit.

Septembre. — Symptômes très accusés de tuberculose pulmonaire aux deux sommets, fièvre vespérale. Ozine reste couchée toute la journée, enroulée dans ses couvertures, la tête cachée. Elle demande de temps en temps « à retourner au pensionnat où son valet de chambre l'attend ». Si on veut s'approcher d'elle pour l'ausculter, elle vous insulte grossièrement.

Octobre. — Même état ; elle reste couchée la tête sous les draps, ne permettant à personne de lui parler et résistant à tout ; les seules paroles sont : « Je demande mon valet de chambre et mon pensionnat. » Elle ne gâte pas et se lève seule pour aller aux cabinets.

Elle meurt de tuberculose pulmonaire le 27 octobre 1903.

### Autopsie faite le 29 Octobre, à 8 heures du matin.

*Poumons.* — Convertis au sommet, surtout à droite, en un bloc caséeux avec nombreux tubercules ; petite caverne à droite.

*Cœur.* — Petit, pesant 220 grammes, recouvert d'une sorte de gélatine, valvules saines, myocarde non dégénéré.

*Aorte.* — Quelques légères plaques d'athérome.

*Estomac.* — Normal.

*Intestins, appendice et péritoine.* — Normaux.

*Foie.* — Ayant subi la dégénérescence graisseuse, sérosité à la co pèse 1 kilo 165.

*Rate.* — Capsule épaissie. 180 grammes.

*Reins.* — Bosselés, congestionnés ; la substance corticale a gardé épaisseur normale, mais a subi la dégénérescence graisseuse. — D. 132 grammes. G. pèse 143 grammes.

*Organes génitaux.* — Utérus, ovaires et trompes normaux. Hy intact.

*Corps thyroïde.* — Normal, 12 grammes.

*Cerveau.* — Liquide céphalo-rachidien normal. Méninges œdémat se détachant très facilement. Ventricules, non élargis ; pas de gr lations épendymaires.

*H. D.* — Les circonvolutions présentent des anomalies : elles petites, apparence d'un cerveau de débile. Deuxièn troisième frontale n'ont pas de démarcations nettes

*H. G.* — Présente moins d'anomalies.
Pas de lésions à la coupe.

*Cervelet.* — Normal.

*Bulbe et protubérance.* — Normaux.

| | | |
|---|---|---|
| Poids : | H. D. | 532 gr. |
| — | H. G. | 527 gr. |
| — | Cervelet | 130 gr. |
| — | Bulbe et protubérance | 22 gr. |

## Examen histologique.

Les centres nerveux, fixés à l'alcool et dans le Muller, ont traités par les méthodes de Nissl et de Weigert-Pal et par l matoxyline-éosine.

Les viscères, foie, rein, thyroïde, fixés au formol, ont colorés à l'hématoxyline-éosine et au picro-carmin.

L'écorce cérébrale a été étudiée au niveau du lobule para tral, du pied de la troisième frontale et au niveau du cunéus. fragments de l'hémisphère droit ont été mis dans le Mu ceux de gauche dans l'alcool.

*Lobule paracentral.* — Il n'existe pas de lésions de méninges n tissu conjonctivo-vasculaire. Il n'y a pas d'inflammation.

Les pyramidales géantes ont un aspect normal. Elles ne sont pigmentées.

Les grandes pyramidales, sans pigment, de forme normale, ont

protoplasma contenant quelquefois des grains chromatiques nets, mais plus souvent poussiéreux ou en chromatolyse. Il existe presque toujours un début de caryolise, mais sans migration du noyau ; le nucléole est normal. Un certain nombre de grandes pyramidales sont neuronophagées. Cette neuronophagie est surtout très marquée pour les petites pyramidales à coloration généralement diffuse.

Les cellules de la couche moléculaire et les cellules polymorphes sont normales.

Les cellules névrogliques sont nombreuses.

Les fibres névrogliques sont nettement visibles autour de quelques vaisseaux.

Le plexus d'Exner n'est pas visible.

La couronne rayonnante paraît normale.

*Pied de frontale III.* — La pie-mère est assez épaisse, mais non enflammée. Il n'existe aucune lésion du tissu conjonctivo-vasculaire.

Les grandes pyramidales n'ont leur forme modifiée que par quelques échancrures de neuronophagie. Leur protoplasma est poussiéreux, non pigmenté ; le noyau est normal.

Les petites pyramidales sont teintes de bleu clair diffus. Leur forme est conservée.

Les cellules de la couche moléculaire et les cellules polymorphes sont, de même, uniformément colorées.

Le Pal ne montre pas de lésions certaines.

Les éléments névrogliques, cellules et fibres, ne paraissent pas augmentés.

*Cunéus.* — La pie-mère est normale, de même que le tissu conjonctivo-vasculaire.

Les grandes pyramidales sont en chromatolyse totale ou centrale ; leur noyau est normal ou coloré ou coloré et périphérique. Ce dernier aspect est rare.

Les petites pyramidales sont normales.

Les pyramidales ne sont pas neuronophagées.

Au Pal, le ruban de Vicq d'Azir est très net, la couronne rayonnante normale, le plexus d'Exner diminué.

Il n'y a pas d'augmentation névroglique appréciable.

*Cervelet.* — La méninge est normale. Il n'y a nulle part d'inflammation. Les cellules de Purkinje, distribuées inégalement sur les coupes, ont leur aspect habituel. Les grains sont normaux.

*Protubérance.* — Méninges et vaisseaux sont normaux. Il n'y a pas de lésion appréciable des fibres ou des cellules nerveuses.

*Bulbe.* — Dans son ensemble, il paraît tout à fait normal. Il semble y avoir raréfaction des pédoncules cérébelleux inférieurs, avec prédominance d'un côté.

*Foie.* — Il existe une dégénérescence graisseuse évidente à prédominance péri-sushépatique (il y a une légère sclérose péri-portale).

*Thyroïde.* — Les travées conjonctives sont nombreuses, épaisse scléreuses. Les lobules ou fragments de lobules qu'elles limitent tiennent des vésicules dont un grand nombre présente une prolif tion des cellules endothéliales de revêtement. La substance coll n'existe normale que dans quelques vésicules. Dans beaucoup, elle diminuée.

*Reins.* — Les glomérules sont normaux. Les cellules des tubes tournés ont leur noyau bien coloré, mais elles sont presque to abrasées et expulsent des boules sarcoliques dans la lumière des tu Les tubes excréteurs sont normaux, de même que les vaisseaux.

ur interpréter ces constatations, nous les avons compa es provenant d'un tuberculeux chronique de plus e, d'une femme de même âge morte de phtisie g e et d un vieillard mort en démence.

nez le *tuberculeux chronique,* dans le lobule paracen s ramidales géantes sont normales mais pigmentées ; ndes, normales ou quelquefois neuronophagées ; les au les, normales. Dans le pied de F^m, les grandes pyramid sont les unes tout à fait normales, les autres à protoplasm peu teinté et pigmenté ; les cellules de la couche moléculai cellules polymorphes sont normales. Dans le cunéus, grandes pyramidales sont normales, les petites aussi, de m que les cellules de la couche moléculaire et les cellules p morphes.

Pour juger s'il y avait raréfaction des cellules, nous les a comptées dans les mêmes régions chez notre démente pré et chez la femme de même âge, morte de phtisie galop Comptées sur un des diamètres (parallèle à la surface d circonvolution) du champ du microscope Zeiss de 16 centim de longueur de tube avec oculaire IV et objectif de 8 m/m différentes cellules se sont trouvées respectivement de no différent en certains points seulement.

Soit par exemple :

| | | | Démence précoce. |
|---|---|---|---|
| Lobule paracentral. | moléculaires | | 30 |
| | pyramidales | géantes | 0,5 |
| | | grandes | 1 |
| | | petites | 10 |
| | polymorphes | | 22 |

| | | | Démence précoce. | Témoin. |
|---|---|---|---|---|
| Pied de Fm. | moléculaires | | 26 | 26 |
| | pyramidales | géantes | 0 | 0 |
| | | grandes | 4 | 4 |
| | | petites | 10 | 10 |
| | polymorphes | | 23 | 30 |

Ces chiffres, qui sont des moyennes, permettent de penser, chez notre démente précoce, à un nombre relativement un peu plus faible des pyramidales géantes et des grandes pyramidales dans le lobule paracentral.

Dans l'écorce du *vieillard en démence* que nous avons choisi, les lésions cellulaires sont très prononcées : atrophie pigmentaire, chromatolyse, caryolyse, neuronophagie jusqu'à disparition totale de la cellule.

Dans le *corps thyroïde du tuberculeux* nous avons relevé des lésions absolument semblables à celles du corps thyroïde de notre démente précoce. Il en est de même pour les lésions du *foie* et du *rein*.

En résumé, et quoique nous nous refusions à tirer aucune conclusion de l'examen d'un seul cas — testis unus, testis nullus — nous croyons pouvoir dire que *chez la démente précoce que nous avons examinée*, il n'existait aucune lésion inflammatoire, aucune lésion méningée, ni conjonctivo-vasculaire. Les pyramidales étaient relativement peu nombreuses dans le lobule paracentral. La majorité n'avait aucune grosse lésion. Il existait seulement des modifications dans la forme et l'aspect de quelques grandes et des petites pyramidales, surtout du lobule paracentral dont beaucoup étaient neuronophagées. Or cette femme mourut phtisique ; les lésions cellulaires des phtisiques sont généralement de cet ordre ; elles sont moins marquées, mais il peut n'y avoir qu'une différence de degré.

M. Deny communique les deux notes suivantes de MM. CAMUS et J. LHERMITTE, *Internes de la Salpêtrière*.

**Recherches sur le sang des déments précoces.** — Depuis quelques années seulement les variations quantitatives et qualitatives des éléments figurés du sang dans les maladies mentales ont fait l'objet de recherches.

Si des résultats semblent acquis, bien des points res obscurs et nombre de documents sont presque inutilisables raison du peu de renseignements que fournissent les aut sur le diagnostic précis et le stade évolutif de l'affection qui l'objet de leurs recherches.

Il nous a paru particulièrement intéressant de voir si dan démence précoce le sang présentait, quant à ses élém figurés, des modifications susceptibles de nous éclairer su nature, ses variétés symptomatiques, son évolution.

Nos recherches ont porté sur trente cas de démence préc pris dans le service de notre maître M. Deny, à la Salpêtri us n'avons fait choix que des malades dont le diagno ique était indiscutable et qui pour la plupart avaient suivis pendant un certain temps. Voici nos résultats généra

Chez la plupart des malades, les globules rouges sont nombre voisin de la normale. On ne constate qu'une très lég anémie dans un tiers des cas correspondant au stade de dél Leur forme, leur colorabilité ne sont pas altérées. Jamais n n'avons trouvé une seule hématie nucléée.

Ces faits concordent avec ceux de Winckler et Sutherl qui mentionnent une anémie modérée dans différents é démentiels. Nous ferons remarquer toutefois que chez les su arrivés à la période de démence complète on ne trouve plus modifications anormales dans le chiffre des hématies.

Ceci corrobore les observations cliniques qui depuis lo temps ont montré que la maladie arrivée au terme de évolution s'accompagne d'un certain embonpoint et d'une nu tion meilleure qu'à sa période d'état.

Le nombre des globules blancs, si nous nous tenons au chi donné comme normal par les hématologistes est presque co tamment augmenté. Si on admet avec Dominici le nombre 7.000 par millimètre cube comme point maximum des oscil tions physiologiques, nous trouvons que vingt-six fois sur tre il est dépassé. Cette leucocytose est cependant peu accent puisque dans neuf cas seulement elle dépasse 10.000 sans al au-delà de 15.000.

Plusieurs auteurs, Mac Phail[1], Smith, Capps[2], avaient co

1. — Mac Phail : *Journal of. mental science*, t. XXX, p. 378.
2. — Capps : *Améric. journ. of. médical science*, t. CXI, p. 650.

taté cette leucocytose sujette d'ailleurs à des variations dans les affections mentales.

Aussi importante que le chiffre global des leucocytes est l'étude des variations de l'équilibre leucocytaire. C'est ainsi que dans les cas où la leucocytose était manifeste le pourcentage nous a montré que l'augmentation portait sur les mononucléaires du type moyen.

Pour ce qui est des éosinophiles, dans quatre cas ils étaient augmentés si on admet que le chiffre de ces éléments oscille normalement entre 1 et 4 °/₀ (Leredde et Bezançon).

Chez une malade ils atteignaient le chiffre remarquable de 23 °/₀ sans qu'une des causes provocatrices habituelles de l'éosinophilie put être invoquée. Deux examens à un mois d'intervalle montrèrent que celle-ci ne s'était pas modifiée.

Il est à remarquer que sur les dix cas où la maladie était arrivée à la phase de démence terminale le chiffre des éosinophiles n'était pas augmenté.

Ces résultats tirés du pourcentage leucocytaire concordent avec ceux de Dide et Chesnais [1]. Nous ne nous croyons pas cependant autorisés à conclure avec eux à une éosinophilie manifeste dans la démence précoce.

En résumé, des constatations que nous avons faites sur le sang des déments précoces il résulte que :

1° Il existe dans la majorité des cas une leucocytose très modérée, qu'elle se montre aussi bien à la période terminale qu'au stade de début ou à la phase d'état de la maladie ;

2° Que cette augmentation leucocytaire porte de préférence sur les éléments mononuclées du type moyen ;

3° Que l'anémie se montre uniquement dans tous nos cas aux périodes de début ou d'état et jamais à la période terminale.

Il nous a paru que ces modifications du sang n'avaient aucun rapport avec la forme clinique de la maladie et que quelques-unes seulement répondaient plutôt à un stade évolutif de l'affection.

Quant à la nature de la maladie, l'étude du sang permet seulement de supposer, étant donnée la faible leucocytose à type mononucléaire, l'anémie légère aux périodes de début et d'état,

1. — Dide et Chesnais : *Annales médico-psychologiques*, nov.-déc. 1902.

que l'organisme est frappé par un processus lent mais a: diffus toutefois pour que le sang en reflète les atteintes et traduise par les caractères que nous avons essayé de déga

**Examens du liquide céphalo-rachidien chez déments précoces.** — Nous avons examiné le liquide céph rachidien dans vingt cas de démence précoce dont le diagno était cliniquement aussi à l'abri des critiques qu'il est po ble. Ils étaient presque tous suivis depuis plusieurs année: leur évolution soigneusement notée.

L'examen cytologique, nous a montré que dans six cas se ment il existait une lymphocytose en général modérée.

Ne doivent être (Chauffard et Boidin [1]) et n'ont été conside par nous comme positifs que les cas où les lymphocytes dé aient le chiffre de cinq par champ d'immersion. Sur ces des cinq étaient arrivées à la phase de démence termin la dernière encore à la période d'état est une catatonique typi

Chez ces malades, il nous a été impossible de trouver d les antécédents aucune trace de syphilis ni aucune cause ét gère d'irritation méningée.

L'inconstance, la discrétion et, semble-t-il, l'apparition tar de la lymphocytose dans ces quelques cas doivent être oppos à la précocité, à l'abondance et à la constance de celle d paralysie générale. Dans treize cas, en effet, de cette dern affection, où nous l'avons cherchée, elle s'est montrée dè début constamment et d'une abondance extrême.

L'absence de lymphocytose dans les cas de démences vés ques rapportés par les auteurs (Séglas et Nageotte [2], Dupr Devaux [3], Duflos [4], Nageotte et Jamet [5], Pasturel [6], Meyer [7]) t peut-être d'une part au petit nombre de cas examinés ; d'a part, à ce qu'elle n'a pas été recherchée à la période démence terminale.

1. — Chauffard et Boidin : *Gazette des Hôpitaux*, 28 juin 1904.
2. — *Soc. Méd. Hôp.*, 7 juin 1901.
3. — *Soc. Méd. Hôp.*, 7 juin 1901.
4. — Thèse, Paris, nov. 1901. — Cité par Millian : *Le liquide céph rachidien*, Paris, 1904.
5. — *Soc. Médic. Hôp.*, 17 janvier 1902.
6. — Thèse, Toulouse, 1902.
7. — E. Meyer : Berlin, *Klin-Wochensch*, n° 5, 1904.

L'opinion des auteurs nous semble donc exagérée et si l'absence de lymphocytose dans les démences vésaniques demeure la règle, il n'en reste pas moins qu'elle peut se montrer modérée dans un nombre de cas assez restreint sans pour cela infirmer le diagnostic et sans qu'elle soit actuellement justiciable d'une explication suffisante. Chez tous nos malades nous avons recherché s'il n'existait pas de modifications dans le taux des chlorures du liquide céphalo-rachidien. Le chiffre des chlorures oscillait entre 6g44 et 8g55, sans qu'il y ait un rapport entre leur taux, la pression du liquide, la présence d'éléments figurés ou les caractères cliniques de l'affection.

M. le Dr MARIE, *Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine).*

**Démence de la Puberté.** — Parmi les démences de l'adolescence, il semble qu'il y en ait une bien nettement reliée à la puberté, sorte d'avortement de ce dernier stade de l'évolution individuelle.

Cet arrêt d'évolution éclot sur un terrain souvent prédisposé à l'occasion d'un processus infectieux incident. Il doit être opposé aux syndrômes dégénératifs curables d'une part et aux démences plus tardives ou secondaires à des altérations psychiques autres. Il est caractérisé par des anomalies régressives de la sphère sexuelle, de l'inadaptation aux fonctions reproductrices (onanisme secondaire) une suspension des actions supérieures coordinatrices et frénatrices et une stéréotypie prématurée et sans cohérence des réactions automatiques. Les hématopièses diverses sont troublées avec prédominance variable d'insuffisance de telle ou telle glande vasculaire (indication thérapeutique possible).

Suivant les recherches de Flechsig, on peut ramener à trois les centres successifs d'association de nos neurones dans le cerveau, considéré d'arrière en avant.

Le premier centre, ou centre postérieur, correspond aux associations de sensations, c'est le premier développé ; contemporain de la vie passive de l'enfant, il correspond aux contrôles des sens les uns par les autres et aux différenciations des sensations internes et externes.

Le deuxième centre, ou centre moyen, correspond aux asso-

ciations sensitivo-motrices ; il se développe surtout avec mouvements plus actifs, lorsque l'enfant a commencé à mar et myélinise sa moëlle motrice.

Le troisième, ou centre antérieur, dernier en date, n myélinise que plus tard, lorsqu'arrive la puberté ; il corres aux associations idéatives complexes aux eurégistements durables qui coordonnent notre activité en la modérant ; g x excitations accumulées par ces associations, les réfl iats font place à des processus générateurs d'actes nanés, plus ou moins variables et adaptés à des circ ances données ; dans des conditions identiques, les réac ntanées de l'individu normal tendent, comme les réflex oduire d'une façon constamment semblable, c'est la st e normale.

Le développement de ce troisième centre, et sa myélinis uvent être plus ou moins rapides, plus ou moins compl aître plus ou moins tôt. Son apparition et son évol plète semblent dépendre de la puberté même. Avec l'a nt de celle-ci, en effet, coïncide l'apparition d'un ense modifications physiques (stature, son de voix, transfo pileuses, tégumentaires, maturité des glandes géni ompagne sans conteste un flot de sensations et d'ass multiples afférentes à la sexualité.

Que cette maturité soit retardée, faussée, incomplète ou il en doit résulter une absence, une atrophie ou une myéli tion incomplète du centre correspondant.

Là nous paraît résider le substratum d'un certain nomb démences précoces.

Mais pourquoi la maturité sexuelle avorterait-elle et ave le développement physique final ?

C'est à cette hypothèse que nous avons cru pouvoir cons quelques réflexions : Les glandes sont toutes hématopoïéti mais semblent en une certaine hiérarchie les unes par ra aux autres. En l'absence de données suffisantes sur la n même des hématopoièses, remarquons du moins que le th et le système thyroïde qui en dérive, semblent commanc série des échanges bio-chimiques qui retentissent su diverses autres glandes vasculaires de l'organisme et peu aussi sur les phases de myélinisation spinale et cérébral nous avons vues se succéder.

Ne voyons-nous pas l'atrophie thyroïdienne précoce retentir sur la glande sexuelle, en arrêtant parallèlement le développement du squelette et du cerveau.

Ne voyons-nous pas la puberté se présager par une véritable acromégalie transitoire normale, âge ingrat contemporain des dernières retouches organiques à l'échéance pubère (action génito-pituitaire). La fonction thyroïdienne étant normale, ne voyons-nous pas l'émasculation troubler les transformations pileuses, vocales et même squelettiques.

Ces brèves considérations nous paraissent en faveur de la théorie toxi-génitale de certaines démences précoces.

Les toxines seraient dues au métatolisme incomplet des éléments que l'action vasculaire des glandes sexuelles doit transformer pour fournir un complet développement physique et mental adéquat à la maturité sexuelle.

Selon la phase où ce trouble naîtrait, et selon son intensité, on comprend qu'on puisse observer des degrés et des formes variables de cette démence précoce.

Les formes types de ces démences pubères ont été décrites, tout d'abord, sous le titre caractéristique d'hébéphrénie (Hébé — jeunesse).

Les premières recherches nécroscopiques d'Hecker ont relevé de la pachyméningite limitée à la région cérébrale antérieure avec injection pie mérienne, teinte foncée de la substance corticale, dilatation ventriculaire correspondante et affaissement des circonvolutions.

Alzhemier et Nissl ont également trouvé bien des altérations notables des cellules corticales, spécialement des couches profondes, avec hypertrophie des noyaux, membrane plissée, corps cellulaire rétracté et altéré. Néoformation névroglique péricellulaire.

Nissl décrit surtout des dégénérescences de cellules névrogliques avec noyau volumineux et pâle. (Kraepelin, V. II, p. 181-182.)

Marro a relaté deux autopsies (Obs. 14 et 18) où il relève des lésions notables du cerveau antérieur (leptoméningite, ramollissement gris et épanchement séro-sanguin).

Enfin Klippel, dans son récent travail, signale des altérations cellulaires de la zone corticale des centres d'associations. Toutes ces recherches se concilieraient avec celles de Fleichsig

sur le développement des centres cérébraux dans notre hy
thèse. Mais, dira-t-on, les déments précoces jeunes, à pub
avortée, sont des onanistes, ce qui semblerait indiquer
sexualité plutôt exagérée et les castres, bien que devenant
quemment délirants (mœbins), ne deviennent pas dém
précoces à la période de puberté. C'est que la suppression
glandes sexuelles produit un résultat tout différent de
aberration ; absentes, elles ne sécrètent rien ; aberrées, (
secrètent des produits anormaux ; enfin, il faut distingue
la sécrétion extérieure de sécrétion interne, la seule hémato
e et la glande que la masturbation épuise en sécrét
ternes ne peut, peut-être, pas faire face aux sécrét
ternes nécessaires. D'autre part, l'insuffisance des hém
poïèses empêche le développement cérébral nécessaire
adaptations nouvelles de la sexualité normale en vue de la re
ction de l'espèce, dont l'onanisme est la négation. On
urs que le masturbateur est souvent gynécophobe
inversement dans l'autre sexe) ; aussi, l'histoire de la
sexuelle des déments précoces qui nous occupent est-elle
que à ce point de vue.

| NOMS & PRÉ | BLES MENTAUX & SOMATIQUES ACTUELS | TROUBLES DE LA SPHÈRE SEXUELLE |
|---|---|---|
| MEL..... ANDRI | science, insensibilité. Crises de contracture à la esquelles le malade se laisse tomber à terre. sme. Verge en marteau. Catatonie et tremble- nusculaires. Cyanose et sialorrhée. | Masturbation fréquente inconsciente durant les visites de sa mère. Tic puéril, traction constante du prépuce ou du gland. Gynécophobie. |
| DUF.. .. GEORG | tion ininterrompue : marche rapidement autour ur, puis s'arrête pour se masturber et reprend se. Apathie et indifférence. Tendance au néga- . Maigreur et pâleur de la face. | Grand masturbateur. Gynécophobie. |
| LEG..... RENÉ | s alternantes d'excitation et de dépression sans à l'état normal. Catatonie pendant les périodes ession. Masturbation jusqu'au sang au début odes d'excitation et stéréotypie des mouvements les périodes d'excitation. | Masturbation intermittente. Gynécophobie. |
| MERC.... EUGÈN | tion continue. Mouvements stéréotypés. Négati- inconscience. Masturbation impulsive jusque douche froide. Inégalité pupillaire au début. | Masturbation. Gynécophobie. |
| FRANC... AUGUS | suite de sa dépression du début, le malade entre ssion pendant 18 mois, puis excitation, puis dépression avec catatonie, aboutissant à l'état ence avancée avec gâtisme, stéréotypie des ents, violences. Reptation et attitudes para- absurdes. | A toujours été un masturbateur effréné. Verge enflée. Gynécophobie. Tient toujours ses organes génitaux en main. |
| FUR..... GASTO | nce complète, mutisme, stéréotypie des mouve- t des paroles, négativisme. | Masturbation invétérée. Gynécophobie. |
| SOUCH... HENRI | tion, incohérence, masturbation effrénée. A té des tendances au suicide. | Masturbateur. |
| GUIL..... FRÉDÉ | érence, catatonie, attitude figée. Cyanose des lés. Visage glabre. | Masturbation. |
| LEV..... HENRI | me, négativisme. Attitude figée. Se tient ment la verge. Quelques stéréotypies des mou- , sputation continue. | Masturbation fréquente. |
| CROIZ..., GEORGE | le dépression, catatonie, gâtisme par intervalles. | Masturbation. |
| GAD..... GUSTAV | rence, vergibération. Négativisme. Impulsions s. | Masturbateur. |
| BAILL... CHARLE | bilation, apathie, incohérence, inconscience et . Pupilles dilatées. | Grand masturbateur. |

M. DENY, *Médecin de la Salpêtrière, Paris.*

Avant de répondre aux diverses objections qui m'ont été adressées, je crois devoir protester hautement contre l'intention qui m'a été prêtée d'avoir voulu procéder à une sorte d'« exécution » de maîtres que je respecte, en prenant parti pour la conception allemande de la démence précoce. J'ai défendu cette conception, abstraction faite de son origine, parce que c'est elle qui répond le mieux aux faits que j'ai observés. J'ai l'intime conviction qu'il en sera de même pour tous les esprits non prévenus qui voudront bien ne pas se laisser égarer par des considérations de nationalités ou de personnes étrangères au débat.

Cela dit, je reviens à la démence précoce. A en croire M. Parant, la place que je lui ai accordée dans mon rapport serait tout à fait injustifiée, parce que cette affection est excessivement rare, si même elle existe, et que les données cliniques, anatomiques et étiologiques qui lui servent de base sont très discutables. J'ai eu le regret d'entendre M. Régis formuler les mêmes reproches à peu près dans les mêmes termes et revendiquer pour Morel la paternité d'une affection à laquelle cet auteur a porté au contraire un coup funeste en l'assimilant à un simple stigmate de dégénérescence. J'en demande bien pardon à mes contradicteurs, non seulement la démence précoce existe en tant qu'affection distincte, ayant, sinon une étiologie, du moins une symptomatologie et une évolution spéciales, mais sa fréquence égale, si même elle ne la dépasse, celle de la paralysie générale progressive. Cette fréquence correspond au quart environ de la population des asiles, ainsi qu'en font foi de nombreuses statistiques, et elle n'est pas moins grande dans la population extrahospitalière. Comme l'a justement fait remarquer M. Gilbert Ballet, on coudoie à chaque instant dans le monde des êtres « falots », qui ne sont autre chose que d'anciens déments précoces ayant repris leur place dans la société et remplissant même parfois quelque vague emploi subalterne malgré leur profond déficit intellectuel. Mais si M. Gilbert Ballet et moi sommes à peu près d'accord en ce qui concerne la nosographie de la démence précoce, il n'en va plus de même en ce qui touche la nosologie.

Partisan décidé de l'origine constitutionnelle de cette affecti
M. Gilbert Ballet m'a reproché d'avoir établi un rapprochem
entre les lésions cellulaires qu'il a observées dans deux cas
confusion mentale et de psychose polynévritique et celles
ont été signalées par MM. Klippel et Lhermitte dans leurs cas
démence précoce.

Outre qu'elles présentaient des caractères différents,
lésions, dit M. Ballet, ne siégeaient ni dans les mêmes cellul
ni dans les mêmes régions de l'écorce ; fussent-elles compa
bles, elles n'auraient pas la signification que je leur ai attribu
infections secondaires ayant pu en favoriser la producti
Gilbert Ballet m'a reproché en outre de n'avoir pas assez t
compte des modifications de volume et de nombre des cellu
ar lesquelles ont particulièrement insisté MM. Klippel et Lh
itte, modifications qui indiqueraient, d'après lui, que
rveaux sur lesquels on les a constatées appartenaient à
sujets préalablement tarés c'est-à-dire à des dégénérés.

J'accepte les objections de M. Gilbert Ballet, mais je d
qu'elles soient péremptoires. Une simple différence de topo
phie des lésions n'implique pas une différence de nature
d'autre part, les lésions morphologiques auxquelles a fait a
sion M. Gilbert Ballet sont plutôt des anomalies que l'indice
véritable état morbide ; or, sans état morbide il ne saura
avoir de dégénérescence, au sens que Morel a attribué à
mot. Je reconnais du reste tout ce qu'a encore d'imprécis l'
tomie pathologique de la démence précoce, et je m'inclin
volontiers devant les objections de M. Gilbert Ballet si
sont vérifiées par les nouvelles recherches qui ne saura
tarder à se produire. La même remarque s'applique aux
cieuses observations de MM. Klippel et Lhermitte concer
la véritable signification des réactions du tissu vasculo-conj
tif de l'encéphale signalées par quelques auteurs et do
m'était difficile de ne pas faire état.

Au point de vue étiologique, M. Ballet a rapporté une sta
que de 17 cas de démence précoce observés chez des s
ayant des antécédents névropathiques ou héréditaires très
gés et il en a conclu à l'origine dégénérative de cette affec
Il me serait facile d'opposer d'autres statistiques à cell
M. Ballet, et, sans aller bien loin, je lui rappellerai la thès

M. Darcanne, dans laquelle il trouvera 16 observations de déments hébéphréno-catatoniques appartenant au service de M. Séglas, dont les antécédents héréditaires névropathiques étaient nuls ou peu marqués ; mais M. Ballet ayant pris la précaution de nous avertir l'année dernière que les statistiques globales ne pouvaient trancher la question, je ferai moi-même bon marché de cet argument. Il est bien certain, en effet, et je l'ai formellement déclaré, après et avec tous les auteurs qui se sont occupés de la question, qu'une prédisposition est nécessaire au développement de la démence précoce. Comme celle de M. Séglas, la statistique de M. Ballet met le fait en évidence avec plus de netteté peut-être parce qu'elle ne vise que des déments paranoïdes ; je ne crois pas qu'elle autorise une autre conclusion.

A l'appui de l'origine dégénérative de la démence précoce, M. Gilbert Ballet a encore invoqué le cas de plusieurs membres de la même famille observés par lui qui étaient atteints de démence précoce ; mais n'a-t-on pas rapporté également quelques exemples de paralysie générale familiale, sans que leurs auteurs se soient crus pour cela en droit de faire jouer un rôle prépondérant à l'hérédité dans le développement de cette affection.

J'en arrive maintenant aux deux cas de guérison de catatonie avec *restitutio ad integrum* rapportés par M. E. Dupré. Bien qu'il n'y ait dans le fait de ces guérisons, susceptibles du reste de diverses interprétations, rien que de tout à fait conforme à la pure doctrine de la démence précoce, ce mot étant entendu au sens allemand que j'ai eu le soin de préciser, M. Dupré en a pris prétexte pour faire un retour en arrière et nous proposer de rejeter délibérément hors du cadre de la démence précoce sa variété la plus typique. Que le pronostic de la catatonie commande quelques réserves, c'est un fait hautement reconnu ; mais c'est peut-être aller un peu vite que de la considérer d'ores et déjà comme une pseudo-démence de nature indéterminée.

Encore une fois, l'immense intérêt qui s'attache aujourd'hui à l'étude de la démence précoce résulte uniquement de la complexité des problèmes qu'elle soulève et de l'orientation nouvelle que leur solution pourra imprimer à la psychiâtrie. Celle que j'ai adoptée n'est certes pas à l'abri des critiques ; elle a du

moins pour elle de répondre à la généralité des faits : ceux viennent de nous être signalés par M. Dupré, malgré l extrême rareté, pourront la modifier, mais seulement le j où, d'exceptionnels, ils seront devenus la règle.

M. Ph. TISSIÉ, *de Pau*, demande qu'une sanction soit don à ces travaux par des conclusions de la part du Congrès cette question si importante puisqu'elle a fait l'objet d'un rap très complet et très savant et d'argumentations de très h valeur. On ne peut se séparer sur une incertitude. Il est né e de fixer les points principaux qui se dégagent de la ssion du rapport.

La chose est délicate, mais non impossible ; elle est né saire.

M. DUPRÉ, *de Paris*, répond à M. Ph. Tissié que les dis ıs du Congrès ne comportent pas de vote de conclusions

La séance est levée à midi.

# SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(2 AOUT — 2 HEURES)

**Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.**

---

PRÉSIDENCE DE M. NOGUÈS *(de Toulouse)*, VICE-PRÉSIDENT.

## Fin de la Discussion sur les Démences Vésaniques.

---

M. BRISSAUD, *Médecin de l'Hôtel-Dieu, Professeur à la Faculté de Médecine, à Paris.*

Un de nos collègues exprimait le désir que l'on fît connaître par voie de suffrages l'opinion de la majorité d'entre nous sur la question des démences vésaniques. Comme lui a fort justement répondu M. Ballet, nous sommes réunis ici pour un Congrès, et non pour un Concile. D'ailleurs, dans le cas présent, une sanction scientifique au débat qui vient d'avoir lieu serait prématurée. Mais on peut tirer quelques conclusions du remarquable rapport de M. Deny et des intéressantes discussions qu'il a provoquées. En parlant de *démence précoce*, chacun de nous a suivi son orientation personnelle. Nous nous rencontrerons cependant un jour, car nous tendons tous à nous rapprocher de la vérité.

Il n'est pas douteux que la démence précoce, envisagée comme entité clinique, représente un type encore indécis. Personne n'a pu établir une symptomatologie qui lui soit propre et son anatomie pathologique manque de précision.

Mais si nous ne pouvons nous entendre encore sur l'individualité nosographique de la démence précoce, je crois que nous

sommes tous d'accord pour reconnaître l'existence des s
dromes cliniques sur lesquels insistait M. Ernest Dupré. Nu
conteste la réalité d'une *psychose hébéphrénique,* d'une *psyc*
*catatonique,* et même des *formes paranoïdes.* Lequel de
syndromes cliniques doit servir à créer une entité noso
phique ? Les discussions précédentes ont bien montré qu'il
trop tôt pour le décider.

On s'est demandé si la démence précoce était caractérisée
des troubles psychiques préalables ? Cette question ne peut
que secondaire. Ne voit-on pas, en effet, que la paralysie g
rale est précédée dans certains cas de phénomènes délir
qui font complètement défaut dans d'autres cas ?

Quant à l'influence de l'hérédité, elle ne peut être conte
r personne, mais elle ne saurait constituer un carac
distinctif suffisant, puisqu'elle se retrouve dans la pathol
toute entière.

Faut-il attacher plus d'importance au pronostic ? Les ju
remarques de M. Parant, les observations de M. Ernest D
montrent bien qu'il serait téméraire d'affirmer dès à pré
l'incurabilité de l'affection.

Un point sur lequel il me semble que l'on n'a pas assez ins
c'est sur l'*âge* auquel surviennent les accidents psychopathiq
Le mot de *précoce* a un sens dont la clinique doit tenir le
grand compte. Lorsqu'il s'agit d'affections nerveuses, l'influ
de l'âge est d'une importance capitale. Pouvons-nous,
exemple, comparer la poliomyélite antérieure chez un en
de huit ans et chez un sujet de trente ans ? Anatomiqueme
nosographiquement, c'est bien sans doute la même mala
mais quelle différence au point de vue clinique et pronosti
Lorsqu'un enfant est atteint de paralysie infantile, au mo
de la période fébrile du début, il nous est impossible de pré
quels seront les reliquats de la maladie, quels muscles de
reront inertes, quels autres récupéreront toutes leurs fonct
De même, lorsqu'il s'agit d'une psychopathie *précoce,* pouv
nous prévoir avec certitude ses conséquences ultérieures ? I
ne pouvons pas non plus ne pas tenir compte de l'opi
défendue par M. Régis, pour qui les infections et les into
tions jouent un rôle étiologique de premier ordre. Ce s
méconnaître les meilleures acquisitions de la pathologie.

Il faut aussi l'avouer, l'histopathologie cellulaire ne nous a donné jusqu'à présent que des résultats décevants. L'heure n'est pas venue d'édifier l'anatomie pathologique de la démence précoce.

En résumé, je crois que nous sommes en présence d'un trop grand nombre d'inconnues pour pouvoir nous prononcer de façon catégorique sur cette question de la démence précoce. Ces inconnues nous commandent la réserve. La part incontestable et incontestée qui revient aux aliénistes français dans l'étude de cette psychose nous fait un devoir de prendre en considération les travaux de l'école d'Heidelberg. D'ailleurs, M. Dupré le disait tout à l'heure, on a quelque tendance à donner à la conception de Kraepelin plus d'ampleur que celui-ci ne lui en attribue lui-même. Si l'ensemble de sa doctrine ne paraît pas inattaquable, l'existence des syndromes cliniques dont il parle, quel que soit le nom qu'on leur donne, ne paraît guère contestable aujourd'hui, après les discussions qui ont suivi le savant rapport de M. Claus, l'an dernier, à Bruxelles, et après le rapport si précis et si clair de M. Deny, cette année.

---

# DES LOCALISATIONS
## DES
# FONCTIONS MOTRICES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

---

**Résumé du Rapport présenté par M. SANO,**
**Médecin des Hôpitaux d'Anvers.**

---

L'étude des localisations motrices dans les centres nerveux est déjà de date ancienne. Les recherches dans la moelle épinière datent de Vulpian et de Hayem. La méthode de Nissl nous ayant donné de nouveaux et précieux moyens d'investigation, les expérimentateurs poursuivaient patiemment leurs recherches

lorsqu'une voix des plus autorisées leur a dit : « Votre méth est indécise. Vos résultats sont contradictoires. Vos théo sont en opposition avec ce que la clinique nous ensei journellement. »

Il était donc nécessaire d'examiner à nouveau la question faire une revue détaillée des nombreuses recherches des nières années et de voir si les faits et les théories sont réellen en discordance.

Il est tout d'abord nécessaire de constater que si la plu des expérimentateurs ont eu quelquefois des résultats néga si des erreurs ont été commises, cela prouve uniquement faut une initiation plus approfondie, une attention plus soute en un mot, qu'il ne suffit pas de se mettre à la besogne réussir, mais qu'il faut aussi patiemment s'habituer à contr les résultats obtenus. Une erreur qui paraît grossière est de se tromper dans le numérotage des racines ; cette erre souvent amené des malentendus. Mais combien d'erreurs considérables ne sont pas faites en clinique, où elles pas mieux inaperçues parce qu'elles ne peuvent être contrôlées.

Nous avons à examiner les points suivants :

*a)* A quel degré les fonctions motrices de la moelle épin sont-elles localisées ?

*b)* Connaissons-nous suffisamment de territoires netter délimités pour pouvoir donner un aperçu topographique semble ?

*c)* De l'ordonnance des localisations motrices dans la m épinière, ressort-il des indications générales sur les rap qu'elles affectent entre elles et les concordances qu'elles sentent avec les organes périphériques innervés ?

La méthode suivie dans nos études est spécifique des rec ches de localisation : elle consiste à retrouver dans la moel répercussion *localisée* d'un traumatisme *localisé* produit ré ment à un endroit déterminé de la périphérie. La rel fonctionnelle de ces territoires ne peut offrir aucun doute. relation anatomique peut être démontrée dans des limit étroites qu'elles en imposent à l'esprit.

Soit que l'on fasse une extirpation musculaire, une rése nerveuse ou une amputation de segment de membre, la réa

cellulaire centrale permettra de déceler les noyaux moteurs qui innervaient les muscles mis hors de fonction.

Les premières expériences de Nissl n'ont pas donné des résultats précis. Marinesco, au contraire, après quelques insuccès, parvint à décrire des noyaux circonscrits formant l'origine réelle des nerfs. Chaque nerf tire son origine d'un noyau principal et de noyaux accessoires.

Dans une nouvelle série d'expériences, le même auteur, après résection de nerfs se rendant à un seul muscle ou à une masse musculaire fonctionnellement distincte, retrouve une localisation déterminée et bien circonscrite. Les amputations radio-carpienne, huméro-cubitale et scapulo-humérale déterminent des lésions dans plusieurs noyaux correspondant aux muscles dont le segment amputé se compose.

De Neef, en rupturant les nerfs qui se rendent à un segment de membre, obtient une chromolyse dans des noyaux correspondants. Il assigne à chaque noyau une fonction segmentaire, c'est-à-dire que, d'après lui, chaque noyau naturel de la moelle a pour fonction d'innerver tous les muscles d'un segment de membre. Il existerait donc un noyau du pied, un noyau de la jambe, un noyau de la cuisse, etc.

Parhon et ses collaborateurs, en sectionnant des nerfs, en désarticulant des segments, et plus tard en extirpant des muscles, ont retrouvé de nombreuses localisations bien différenciées, et il résulte de leurs recherches que les muscles ont chacun leur centre d'innervation bien distinct; que les muscles à action commune, réunis à la périphérie, ont leurs centres groupés comme les muscles qu'ils innervent et qu'ils sont étroitement unis entre eux.

Des expériences très précises de Brissaud et Bauer, on peut conclure que la moelle de la grenouille possède au niveau des renflements cervical et lombaire une différenciation fonctionnelle très remarquable qui fait qu'à chaque segment de membre correspond une zone médullaire. Les trois zones sont régulièrement disposées l'une après l'autre, un peu obliquement de haut en bas et d'avant en arrière.

Entre ces divers résultats expérimentaux, il n'y a pas de contradiction. Les quelques divergences ne reposent souvent que sur des malentendus ou des erreurs de numération des

racines que les auteurs ont été les premiers à reconnaître la suite. Le rapporteur le démontre explicitement.

Les contributions anatomo-pathologiques dont la valeu indiscutable ne sont pas encore très nombreuses. Mais elle: pour la plupart précédé les recherches expérimentales celles-ci ayant confirmé les premières constatations faites l'homme, il devient presque certain que la différenciation a mique dans la moelle humaine est au moins aussi profon aussi méthodique qu'elle l'est chez les animaux.

Les auteurs ont synthétisé les faits à leur connaissance e théories très diverses à première vue :

*a)* Théorie radiculaire (Dejerine).
*b)* Théorie fasciculaire (Krauss et Philippson).
*c)* Théorie nerveuse (actuellement modifiée).
*d)* Théorie segmentaire (Van Gehuchten et Brissaud).
*e)* Théorie musculaire (incomplète).
*f)* Théorie fonctionnelle (Parhon).
*g)* Théorie téléologique (Marinesco).

Mais l'examen approfondi nous montre qu'aucune de théories n'exclut les autres par sa partie positive. Chacun juste, mais chacun n'a vu qu'une partie de la question. Et qui ont cru pouvoir infirmer ce que d'autres avaient con ont eu tort dans la partie négative de leur proposition. assez dire qu'il serait téméraire d'affirmer qu'il n'existe pa différenciation nucléaire parce que cette différenciation n'e pas dans la racine motrice, ou qu'il n'existe pas de localis musculaire parce qu'il existe une localisation segmentaire.

Nous savons qu'il existe des localisations radiculaires et le segment où se trouve l'origine apparente d'une racine con aussi son origine réelle, sauf quelques empiètements sur parties voisines.

Nous ne doutons plus que les noyaux naturels, c'est-à-dir amas de cellules ganglionnaires distinctement séparés les des autres, ne soient disposés d'une manière constante sui des dispositions utiles à leur fonctionnement; que des mus à fonction et à origine embryonnaires analogues possèdent noyaux plus serrés les uns contre les autres que ceux muscles en opposition fonctionnelle ; que chaque muscle pos son foyer distinct d'innervation.

Aucune de ces propositions ne nous surprend et nous ne voyons entre elles aucune discordance. Que les noyaux des masses musculaires d'un segment de membre soient groupés de telle sorte qu'on puisse parler d'une zone d'influence médullaire reproduisant dans l'accroissement de substance médullaire au niveau des renflements cervical et lombaire, une région, homologue à la région du membre qui est en connexion avec elle, cela encore n'est que naturel, et nous pouvons même admettre que ces noyaux se tassent quelquefois si étroitement que le tout ne forme plus qu'un seul noyau primitif. Cependant il reste à voir si le muscle pédieux ne forme pas la partie inférieure des noyaux des muscles antérieurs de la jambe, tandis que des muscles de la région plantaire et interosseuse seraient seuls innervés par le noyau post-postérolatéral. Même si cela est, la zone médullaire agissant sur le pied formerait encore un ensemble dont la notion est d'une grande importance.

Toutes ces données s'appliquent aussi bien à l'homme qu'aux autres mammifères.

Aux groupements musculaires fonctionnels et segmentaires répondent des groupements nucléaires concordants.

*Au système musculaire différencié répond un système nerveux moteur non moins différencié.*

Il est donc possible de décrire les noyaux médullaires de la moelle humaine d'après une topographie d'ensemble déjà fort précise. C'est ce que Bruce, van Gehuchten et de Neef, Parhon, de Buck et Onuf ont fait avec succès.

Une annexe au rapport donne une série de recherches personnelles et des expériences de contrôle, ainsi qu'un essai de topographie anatomique et fonctionnelle de la moelle humaine.

Tout récemment, M. le professeur Marinesco vient de publier un article du plus haut intérêt, où il confirme de nombreuses localisations musculaires, en y ajoutant de nouvelles pour le trapèze, le grand complexus, le splénius, le scalène, le long du cou, le rhomboïde, l'angulaire de l'omoplate, le brachial antérieur, le long supinateur, le couturier, le psoas, l'iliaque, le vaste interne du quadriceps, les moyen, petit et grand fessiers, le tenseur du fascia lata, le muscle pédieux[1].

1. — G. Marinesco : Recherches sur les localisations motrices spinales. *Semaine médicale*, 20 juillet 1904, p. 225.

Il est aisé de voir dans les figures que chacun de ces mus possède un noyau nettement différencié, mais ne formant vent qu'une partie d'un noyau fonctionnel plus ample.

Notons que, d'après l'auteur, le muscle pédieux doit être l lisé dans le noyau du sciatique poplité externe et que, conséquent, la théorie segmentaire de van Gehuchten n vérifie pas pour le pied.

Nous avons vu que ce fait n'est nullement en opposition ce dant avec la description des zones de Brissaud. (Rapport, p

Les nouvelles recherches de Marinesco sont une consécr de l'exactitude de la théorie de Brissaud. En effet, Marin nous apprend que « toutes les fois qu'un nerf périphér fournit la motricité à plusieurs segments, ce nerf a autar novaux naturels qu'il y a de segments ». On voit par cette s tion que, pour arriver à constituer au nerf une origine r de totalité, l'auteur se trouve conduit à puiser dans chaque g pement segmentaire une part de vérité.

Marinesco conteste quelques localisations admises, d'a lui, par Bruce. Mais je répète encore une fois que Bruce donné que des localisations approximatives là où les élém i manquaient pour choisir. Et lui-même déjà dit que les no des fessiers ne peuvent remonter aussi haut que cela résu première vue de ses recherches, parce que l'innervation fessiers ne vient pas de cette hauteur. Marinesco ne lui app donc rien de neuf à cet égard. (Rapport, p. 109.)

| BRUCE (1901). | MARINESCO (1904). |
| --- | --- |
| « The upper central group including L. 2, L. 3 and L. 4 remains therefore for the gluteus medius and minimus and obturator externus. With regard to the obturator externus, this localisation is in exact conformity with the known origin of its roots. With regard to the two remaining glutei, however, the roots assigned to these are stated to arise from L. 4, L. 5 and S. 1, wich, if correct, would require their centres to be placed rather in the lower antero-lateral than in the upper central group. » (P. 496.) | « Ces deux derniers muscles (r et petit fessiers) ne peuvent pa plus avoir leur origine au nive quatrième segment lombaire, r niveau du troisième ; en réalité centre apparaît seulement au r du quatrième segment lombai peut-être dans le cinquième d groupe antéro-externe. » (P. 229. |

Bruce se base sur deux cas d'amputation, Marinesco sur l'expérimentation chez le chien et le lapin et peut-être aussi sur des cas d'amputation.

En 1897, dans mon tout premier travail, me basant sur quatre cas d'amputation, dont trois étudiés par coupes sériées, j'avais écrit :

« A la partie supérieure de la 2me sacrée apparaît dans la partie antérieure des groupes latéraux une petite colonne de cellules qui s'élargit rapidement à la 1re sacrée et remonte jusqu'à la partie supérieure de la 5me lombaire. Dans tous nos cas, ce noyau est resté intact. Nous lui donnons pour fonction l'innervation des muscles fessiers. »

Il y a accord complet entre les faits consignés dans ces trois travaux.

Marinesco se rallie à l'opinion de Bruce pour contester l'exactitude de l'idée de Kaiser et Sano, d'après laquelle les groupes médians innerveraient les muscles du tube neural. En effet, il a trouvé la localisation du trapèze au bord externe de la corne antérieure et Bruce a trouvé dans les groupes médians, dans la moelle sacrée, le releveur de l'anus et des muscles du périnée.

L'expression de « muscles du tube neural » est de van Gehuchten. J'ai localisé dans la colonne médiane (*fig. 18 et 19* de l'annexe au Rapport) en 1897, les courts rotateurs de la tête, les sous-hyoïdiens, les extenseurs et les rotateurs de la colonne vertébrale. En dehors de ces noyaux, le diaphragme. A la moelle lombo-sacrée, les extenseurs et les rotateurs de la colonne vertébrale, l'ischio-coccygien et dans un noyau que je disais « analogue à celui du diaphragme », le releveur de l'anus ; et en dehors le sphincter vésical en avant et le sphincter anal en arrière. Les autres muscles du périnée étaient placés dans la corne latérale.

Et je plaçais le noyau du trapèze là où Marinesco vient de le démontrer aujourd'hui ! Je faisais erreur cependant en unissant en une même colonne le noyau du nerf accessoire et les noyaux sympathiques de la corne latérale. Je ferai remarquer que Kaiser dit textuellement dans ses conclusions : *a)* Le noyau des muscles du dos (Rückennuskelkern) s'étend comme une colonne médiale sur toute la hauteur de la moelle. *b)* Le noyau de l'ac-

cessoire se trouve latéralement par rapport au précédent s'étend depuis la moelle allongée jusqu'au 6me ou 7me segme *c)* Le noyau du phrénique se trouve du 3me au 5me ou 6me se ment entre les deux groupes précédents. En outre, des fibı du nerf phrénique sont fournies par les groupes médiaux pos rieurs. (P. 78.)

Cela est rigoureusement exact, concorde avec les faits et confirmé par les expériences si intéressantes de Marinesco de Parhon, qui ont en outre démontré que le noyau de XIe paire contient de dedans en dehors un noyau seconda pour le sterno-mastoïdien, un autre pour le cleido-mastoïdi un troisième externe pour le trapèze.

Marinesco étudie le noyau X d'Onuf, qu'il place chez le ch au niveau du 1er et du 2me segment sacré. Il l'a trouvé en ch molyse après section de la 2me racine sacrée[1]. Elle enca une colonne externe formée de nids cellulaires. Cette derni aurait pour fonction l'innervation des muscles du périnée. « noyau X serait, tout au moins en grande partie, le centre *constricteur de l'anus,* tandis que l'*obturateur* et le *releveur l'anus* auraient leur centre dans le groupe antéro-interne, niveau du 1er et du 2me segment sacré chez le chien. »

En adoptant ce numérotage des racines, Marinesco sera pc à mettre le noyau X dans le 3me segment sacré chez l'homme sa figure 23 prouve qu'il admet dans le 2me segment sacré noyaux que Onuf place dans le 1er. C'est d'ailleurs ce q confirme dans les lignes suivantes, et je crois qu'il a raison :

« En ce qui concerne l'origine des muscles de la région pl taire, elle constitue une colonne nettement distincte qui s'ét depuis la partie supérieure du 2me segment sacré jusqu'à partie supérieure du 4me *(fig. 23).*

» M. van Gehuchten et M. de Neef pensent, et je suis entiè ment de leur avis, que la localisation des centres des musc du pied dans les deux premiers segments sacrés, par la plu des auteurs classiques, est due à une fausse numérotation racines. Cette localisation doit être reportée à un segm médullaire inférieur. La même erreur a été commise récemm

1. — Au bas de la figure 24 *(Semaine médicale,* p. 229) on a mis par er onzième racine sacrée; c'est *deuxième* qu'il faut lire.

par M. Müller, qui admet que les grandes cellules motrices des cornes antérieures disparaissent au niveau du 2me segment sacré. » (P. 228.)

Seulement, il faut remarquer qu'il y a déjà trois ans que van Gehuchten n'est plus d'accord avec nous, ce que Marinesco semble ignorer. (Rapport, p. 104.)

Dans son étude sur le cône terminal, van Gehuchten admet que le noyau du pied se termine approximativement au point de réunion du 2me segment sacré avec le 3me.

Avant de passer à la critique que Marinesco fait de mes recherches, je donnerai en résumé ses conclusions :

« Toutes les fois qu'un nerf périphérique fournit la motricité à plusieurs segments, ce nerf a autant de noyaux naturels qu'il y a de segments. » L'auteur cite comme exemple le crural, le grand sciatique, le sciatique poplité interne, le radial, le spinal. (P. 231.)

« Les muscles qui possèdent une fonction commune sont représentés par des groupes cellulaires qui, au point de vue anatomique, sont réunis dans une masse commune, dans laquelle l'expérimentation permet de déceler des centres en relation avec tel ou tel d'entre eux. Ces centres sont *superposés* et *juxtaposés* dans le même ordre que les muscles correspondants.

» Il existe donc dans la moelle une véritable projection musculaire commandée par les lois de la symétrie organique. » (P. 231.)

Voyons maintenant comment M. Marinesco tâche de me mettre en désaccord avec ces conclusions.

« L'opinion de M. Sano peut être plutôt considérée comme une généralisation basée sur quelques faits épars de pathologie nerveuse. Si l'auteur a voulu dire que chaque muscle a un centre dans la moelle épinière, je souscris très volontiers à cette opinion, qui est adoptée depuis bien longtemps par les physiologistes et constitue, pour ainsi dire, un postulatum physiologique. »

Et Marinesco s'en réfère à l'opinion de M. le Professeur Beaunis : « On peut admettre comme démontré que chaque muscle de chaque groupe musculaire a son centre moteur dans

la moelle. » « ... Un certain nombre d'expériences, pratiqu sur la grenouille, prouvent qu'il y a dans la moelle de cet ani décapité des centres associés, fonctionnellement reliés en eux. » (P. 230.)

Je ferai remarquer que précisément dans mon premier tra je rapportais l'opinion professée par M. Beaunis à cette époq

« Il semble plutôt qu'il y ait une sorte de diffusion nerveu de sorte qu'un muscle donné est en rapport avec une ou plusie cellules nerveuses de centres différents de la moelle et q d'autre part, une cellule nerveuse fournit à plusieurs muscle

J'opposai à cette conception les faits de localisation muscula

En émettant quelques mois plus tard cette opinion qu *chaque muscle a son noyau d'innervation distinct,* j'ajou comme correctif des conclusions trop hâtives qu'on aurait tenté d'en tirer : « De là on pourrait être tenté de conclure les associations fonctionnelles, les groupements synergiques sont pas sous la dépendance des noyaux médullaires, comm pensaient Remak et Ferrier, mais que la production des mou ments combinés est fonction de l'écorce cérébrale.

Ce serait, à notre avis, singulièrement préjuger des résul des recherches futures et méconnaître les données de la phy logie, de la clinique, et même de l'anatomie pathologique...

.....

Haller avait constaté que l'animal décapité est encore cap de produire des mouvements coordonnés. Il en avait conclu la moelle doit avoir des fonctions autonomes.

L'expérience a été répétée sous toutes ses formes. Par sections multiples on a démontré que la moelle cervicale moelle dorsale, la moelle lombaire peuvent présider à des a complexes, tel que le vol, la respiration, la nage, l'accouplem Ces faits cliniques priment les conclusions que l'on pour tirer des études unilatérales. » (P. 34, 1897-1898.)

M. Beaunis n'a sans doute abandonné l'opinion de la diffu nerveuse que parce que les anatomistes lui ont fourni les preu de la différenciation des centres nerveux. Et ce n'est depuis bien longtemps que les physiologistes se sont lai convaincre.

J'en arrive maintenant au dilemne posé par Marinesco : « si M. Sano soutient que chaque muscle a un centre d'inne

tion propre dans la corne antérieure, il est d'accord avec les faits anatomiques et physiologiques. Au contraire, s'il prétend que tous les muscles innervés par la moelle épinière possèdent chacun un noyau distinct, bien délimité, dans la corne antérieure, alors il ne vise que la généralité des faits, parce que, pour un certain nombre de muscles, on ne saurait actuellement démontrer l'existence d'un noyau séparé. » (P. 230.)

Ce certain nombre de muscles pour lesquels on n'a pas encore trouvé de noyau, parce qu'on n'a pas encore eu le temps de le chercher, se restreint de jour en jour. On verra alors que « *centre* d'innervation musculaire » et « *noyau* d'innervation musculaire », sont deux expressions pour désigner la même chose.

Il est très important de fixer définitivement la valeur des termes employés par les divers auteurs. Les mots *segment* et *segmentaire*, par exemple, sont employés dans cinq ou six sens différents.

Le rapporteur propose d'adopter la terminologie suivante :

Métamère. — Toute portion de l'être encore fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés et attributions de l'être définitivement achevé.

Ou bien encore : les métamères sont les segments homodynames et originairement identiques entre eux, dont la série représente, à une certaine période, le corps entier de l'embryon.

Dans le métamère du corps humain les principales parties qui sont segmentées ou qui conservent les traces d'une segmentation sont les suivantes :

*a)* Les *neurotomes*, segments du tube neural ;
*b)* Les *ganglions*, segments de la crête ganglionnaire ;
*c)* Les *myotomes*, segments primordiaux, protovertèbres.

Mais à côté de ces divers éléments il faut tenir compte d'unités nouvelles qu'il ne faut pas confondre avec les précédentes. Ce sont :

*d)* Les *myomères*, c'est-à-dire les groupes de muscles dépendant de la portion motrice d'un même neurotome ;

*e)* Les *rhizomères*, ou territoires cutanés dépendant des ganglions ;

*f)* Les *myélomères,* ou territoires cutanés dépendant d segments spinaux nommés neurotones (d'après Constensoux).

On peut aussi définir le *métamère :* partie transformée p adaptation à des fonctions diverses, mais originairement résu tant d'un segment primitif de l'embryon.

Segment. — Toute partie produite par segmentation (tern général).

Épimère. — (Partie surajoutée), bourgeon de la crête de Wol se surajoutant à des métamères et les entraînant au dehors attirant également la moelle. Celle-ci, d'après la démonstrati de Brissaud et van Gehuchten, reproduit par sa structure segmentation subséquente du bourgeon épimérique.

Centre d'innervation. — Expression de physiologie, indiqua approximativement le point de départ de l'influx nerveux.

Groupe cellulaire. — Ensemble de cellules particulièreme visible dans l'examen des coupes de la moelle (groupe antér xterne, etc.).

Noyau. — Groupement compact de cellules envisagé da toute sa hauteur et sa largeur. Le noyau peut constituer l'origi motrice principale d'un nerf. Le noyau peut avoir pour fonct l'innervation motrice d'un muscle ou d'une masse musculaire. peut se subdiviser en *noyaux secondaires.*

Colonne. — Union de plusieurs noyaux superposés, forma un ensemble à situation particulièrement constante (par exempl la colonne médiane, la colonne antéro-externe).

Zone. — Territoire d'innervation, comprenant des noyaux m tiples et qui peut s'étendre sur plusieurs colonnes à une haute déterminée (par exemple : zone de la jambe, zone du bras).

En réponse aux trois questions indiquées au début du trava le rapporteur conclut :

*a)* La localisation des fonctions motrices de la moelle épiniè de l'homme répond à la différenciation morphologique et fon tionnelle du sytème musculaire. A chaque muscle strié corr pond un noyau médullaire. A chaque groupement de muscl un groupement de noyaux. A chaque segment de membre, u zone régulièrement disposée. Au membre tout entier correspo

l'ensemble des trois zones du bras, de l'avant-bras et de la main, ou de la cuisse, de la jambe et du pied. Tout comme les muscles striés, les muscles lisses ont leurs centres d'innervation localisés dans des noyaux à situation constante.

*b)* Nos connaissances, par rapport aux territoires nettement délimités, sont suffisantes pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble.

L'atlas de Bruce nous donne la description exacte des noyaux moteurs médullaires. Les documents d'anatomo-pathologie humaine ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir désigner, *avec certitude,* la fonction de chacun de ces noyaux.

*c)* Pour la moelle de l'homme il serait prématuré de dire plus que ce que nous avançons sous *a);* mais pour le chien il apparaît clairement que les idées générales émises par Parhon, Brissaud et Marinesco sur la signification fonctionnelle, l'embryogénie et la téléologie des centres moteurs sont rigoureusement exactes.

M. le Président remercie M. Sano de son savant rapport.

M. GRASSET, *Professeur à l'Université de Montpellier.*

**Les centres supranucléaires dans la moelle. —** 1° Deux points importants sont très bien mis en lumière dans l'intéressant rapport de notre collègue Sano : *a)* la question des localisations médullaires motrices *chez l'homme* est encore incomplètement élucidée ; *b)* cependant il paraît établi que les diverses théories proposées sont trop exclusives, qu'elles ne se contredisent entre elles qu'en tant que *théories* et qu'il faut garder les *faits* sur lesquels chacune d'elle s'appuie.

En somme, et d'après les faits, il y aurait dans la moelle trois types de centres (groupement de neurones) : *premier type* (van Gehuchten et Nellis, Brissaud) à distribution *segmentaire;* centres dont l'altération se manifeste par des troubles occupant des zones, séparées les unes des autres par des lignes perpendiculaires à l'axe des membres ; — *deuxième type* (Dejerine) à distribution *radiculaire;* centres dont l'altération se manifeste par des troubles occupant des zones, séparées les unes des autres par des lignes parallèles à l'axe des membres ; — *troisième type* (Sano) à distribution individuelle *musculaire.*

Ces divers centres ne sont nullement contradictoires les u aux autres. Ce sont des centres *successifs* dans l'appareil ne veux sensitivo-moteur.

2° Pour bien comprendre la chose et voir que cette dispo tion est uniquement l'application d'une loi générale, il suffit comparer les centres médullaires aux centres bulbaires mésocéphaliques.

Le nerf oculomoteur commun, par exemple, est l'analog d'une racine antérieure : son centre, dit origine du nerf, en le centre radiculaire. Chaque muscle qu'il innerve (droit interr droit supérieur, etc.) a son noyau distinct : centre individu musculaire.

Au-dessus de ces deux ordres de centres, dans le mésoc phale, il y a ce que Parinaud a appelé les centres *supran cléaires*. Ici la distribution du trouble symptomatique est t autre.

Quand un centre supranucléaire est altéré, ce n'est ni oculomoteur commun, ni un oculomoteur externe qui est tr blé : c'est, par exemple, le droit externe d'un côté et le dr interne de l'autre. L'altération d'un centre supranucléaire manifeste par une paralysie (ou une convulsion) *associ* bilatérale, du lévogyre par exemple ou du dextrogyre deux yeux.

Ces centres supranucléaires sont donc à distribution segm taire. Seulement, pour l'appareil de la vision, la ligne média qui sépare le corps en deux segments (un droit et un gauc passe par le milieu de chacun des deux yeux. L'appareil senso moteur de la vision est divisé ainsi en un segment droit, for non de l'œil droit, mais de la moitié droite des deux yeux, et segment gauche, formé, non de l'œil gauche, mais de la mo gauche des deux yeux. Ce qui m'a permis de dire que *cha hémisphère voit et regarde du côté opposé, avec les deux ye*

Donc, pour les oculomoteurs, voilà trois ordres de cent superposés : le centre supranucléaire à distribution segmenta (moitié latérale homonyme des deux yeux) ; le centre nuclé à distribution radiculaire (oculomoteur commun) ; le centr distribution musculaire (droit interne, droit supérieur, etc.).

3° De même, dans la moelle, il y a aussi des centres à dis bution radiculaire et des centres à distribution segmentaire.

Ces derniers centres, que l'on peut appeler supranucléaires, par analogie avec ceux de Parinaud, sont, dans la moelle, l'aboutissant ou le point de départ des centres corticaux qui sont, eux aussi, des groupements de neurones à distribution segmentaire.

Le président du Congrès nous a brillamment montré Bordeu prévoyant et prophétisant cette grande vérité, il y a près de deux siècles : c'est le cerveau, c'est l'écorce qui fait l'unité anatomique d'un appareil nerveux, dont la raison d'être est l'unité physiologique ou de fonction (et ainsi nous retrouvons les diverses théories *fonctionnelles* exposées par notre collègue Sano). *Chaque appareil nerveux a son unité centrale dans l'écorce et son unité périphérique dans la fonction.*

Ainsi défini et caractérisé, l'appareil nerveux sensitivo-moteur est segmentaire, c'est-à-dire *articulo-moteur* et *segmento-sensitif.*

L'origine corticale des articulo-moteurs est démontrée par la distribution des hémiplégies cérébrales incomplètes dans les membres. Et, pour les yeux, l'existence, dans l'hémisphère, des oculogyres bilatéraux est démontrée par la déviation conjuguée de la tête et des yeux et par les hémiplégies oculaires sur lesquelles Brissaud est revenu il y a peu de jours.

Cet appareil nerveux sensitivo-moteur à distribution segmentaire, dont l'unité et l'individualité sont faites par l'unité de fonction, est formé de neurones supérieurs (corticaux) de perception ou de volition et de neurones inférieurs (médullaires ou mésocéphaliques) de réception ou d'émission (centres supranucléaires).

Au-dessous de cet appareil nerveux cortico-médullaire à distribution segmentaire sont d'autres groupements de neurones à distribution radiculaire (centres nucléaires et ganglionnaires), et enfin, au-dessous encore (pour la motilité), d'autres neurones à distribution individuelle, musculaire.

4° Cette vue d'ensemble des localisations motrices dans la moelle est, je le reconnais, surtout un cadre.

A l'anatomoclinique, et à elle seule, incombe la tâche, encore bien lourde, mais déjà brillamment commencée, de meubler ce cadre avec des faits précis qui fixeront peu à peu le siège exact de chacun de ces centres prévus.

M. PARHON, *Médecin à la Clinique des maladies nerveu Bucarest (Roumanie).*

En demandant la parole, je dois commencer par faire app votre indulgence. D'abord parce que je ne suis pas habitué difficultés de la langue française, puis parce que j'ai eu raren l'occasion de parler devant une assemblée si savante.

En ce qui me concerne, je ne peux que souscrire aux con sions générales du très intéressant rapport de M. Sano e crois que l'accord est fait entre nous depuis longtemps. Le argument d'ordre expérimental que j'avais cru pouvoir opp dis à la possibilité de l'existence d'un centre propre p chaque muscle du corps, qui consistait dans la présence lésions dans des groupements antérieur et intermédiaire à la s de la résection du grand complexus n'était pas fondé ainsi mes recherches ultérieures me l'ont montré. Le grouper intermédiaire que j'avais cru un instant comme appartenan grand complexus, appartient en réalité, ainsi que je l'ai vu de lors, au muscle splénius. Le groupement antérieur qui aussi en réaction appartient seul, ainsi que M. Marinesco montré tout récemment, au grand complexus. Cette dern objection tombe donc et j'en suis heureux. La plupart des au sont tombées depuis longtemps. Le fondement de celles q apporte encore reste à prouver.

On peut actuellement diviser en deux parties les cherch qui se sont occupés de la question des localisations spin D'un côté la majorité admettant la possibilité de localisat précises. Il faut citer ici : MM. Sano, Brissaud, Gehuch Marinesco, de Buck, Nelis, de Neef, Bruce, Goldstein, M Mme Parhon. Entre ces différents auteurs, il n'existe que différences de détail et de la conception générale qu'ils se de la valeur des groupements cellulaires.

D'un autre côté, nous trouvons ceux qui n'admettent pa possibilité des localisations précises. Ici nous citerons Kn Fransini, Perusini. A ce propos, je dois dire que c'est à tort MM. Brissaud et Bauer nous ont attribué à mon ami Goldstei à moi-même d'avoir soutenu que la localisation des segm de membres est diffuse. C'est là une opinion qui ne nous ap tient pas et je suis heureux de déclarer ici que nous ne som

pas si loin de ce que soutient M. Brissaud. Nous croyons par contre être parmi ceux qui ont contribué à la délimitation précise de la localisation des segments. Nous avons dit simplement que pour certains segments tels que le bras et la cuisse il existe plusieurs groupements cellulaires, mais ces groupements ne prennent pas part à l'innervation d'autres segments, ainsi qu'on peut parfaitement délimiter la part qui revient à chaque segment de membre.

Lapinsky, dans plusieurs de ses travaux, est arrivé à des conclusions encore plus éloignées de celles des partisans des localisations précises. Pour cet auteur, chaque groupement innerverait à la fois plusieurs segments, plusieurs muscles, donnerait les fibres à plusieurs nerfs. Respectivement chaque nerf, chaque muscle, chaque segment reçoit ses fibres de plusieurs groupements cellulaires. Certains d'entre eux innerveraient jusqu'à 40 muscles. Les segments de membres prendraient leur innervation de 7, 10 et même plusieurs groupements. Ces derniers auraient la valeur de centres pourvus de fonctions indépendantes. Mais dans chaque fonction n'entrerait en action qu'une seule partie d'un muscle donné et c'est seulement cette partie qui serait innervée par le centre de cette fonction. Ce sont là des conclusions basées sur des faits qui ne sont rien moins que démontrés et auxquelles je ne saurais souscrire en aucune façon.

Je crois également pouvoir dire que les localisations spinales se comportent de la même manière que celles des noyaux des nerfs crâniens. En effet, sans parler du noyau de la troisième paire dans lequel on connaît depuis assez longtemps l'existence des noyaux secondaires, du noyau du pathétique qui n'innerve qu'un seul muscle, le grand oblique, je rappellerai que MM. Marinesco et van Gehuchten sont arrivés à décomposer le noyau du facial en des groupements qui correspondent chacun à une branche déterminée et que j'ai fait avec mon ami Goldstein et plus tard avec Mme Parhon la même chose pour le noyau de l'hypoglosse dans lequel Kosaka et Yagita (de Yokohama) sont arrivés tout récemment à démontrer l'existence de véritables centres musculaires.

Prennent part à la discussion : MM. Cestan (de Toulouse), Brissaud (de Paris).

M. F. SANO *(d'Anvers)*. — Je suis très heureux d'appre que M. Cestan se range entièrement aux conclusions et à prit de mon rapport. Sa compétence si grande dans l'ex minutieux des cas de poliomyélites est un sûr garant valeur de ses appréciations.

Je tiens à appuyer la démonstration décisive de Parhon le féliciter d'avoir bien mis en évidence qu'une lésion corne antérieure de la moelle doit nécessairement donne périphérie des paralysies en rapport direct avec les nc moteurs détruits. La topographie périphérique des lésior sera donc ni radiculaire, ni nerveuse, ni cérébrale, mais *spi* Une lésion de la racine donnera une topographie en ra avec la constitution de cette racine, donc radiculaire. Une l d'un nerf donnera une topographie périphérique nerveuse, une lésion spinale donne une topographie spinale où se re naît la constitution de la moelle. C'est là un raisonnemen paraît élémentaire. Mais que de difficultés pour faire adm une chose aussi simple.

M. Brissaud met en doute l'exactitude des deux cas ét par M. Cestan. Dans le premier de ces cas, l'avant-bras paralysé, sauf le seul muscle fléchisseur profond. Dans le se cas, la jambe était paralysée, sauf le muscle jambier antér M. Brissaud s'étonne de cette intégrité si élective, il crain erreurs, il se demande pourquoi la lésion n'a pas été nette segmentaire.

Mais rappelons-nous que la poliomyélite est une ma infectieuse ; c'est un territoire vasculaire qui est atteint. une inflammation localisée à des régions irriguées en com Or, précisément, le noyau du muscle fléchisseur profon trouve le plus bas et le plus central des muscles de la segmentaire de l'avant-bras et on comprend que ce noya pu échapper à une inflammation qui a détruit tout le reste zone.

Quant au muscle jambier antérieur, son noyau occupe, manière très isolée, le sommet de la zone de la jambe. Re déjà avait remarqué que souvent il échappe aux affections frappent ce segment. Nous en connaissons maintenant la ra par la localisation que nous pouvons lui assigner dans la mo La poliomyélite a donc dans ce cas détruit la zone de la ja

en respectant toutefois la partie supérieure de cette zone, où se trouve le noyau du jambier antérieur.

La topographie périphérique dans ces deux cas n'était donc ni radiculaire, ni segmentaire ; elle était spinale comme la lésion qui en était cause.

On vient de parler de la topographie spinale sensitive. Mais je crois que c'est là tout autre chose, et provisoirement il est préférable d'étudier d'abord la localisation motrice en soi. On avait cru jadis que la peau était innervée par les racines qui innervent les muscles qui lui sont sous-jacents. Mais la suite a démontré toute l'étendue de cette erreur. La peau et les muscles correspondent à des systèmes embryologiquement si différents qu'il serait difficile, je pense, de faire actuellement des rapprochements.

Le terme de *myélotome* proposé par M. Brissaud peut être accepté pour désigner chacun des étages de la moelle adulte.

M. CABANNES, *de Bordeaux*, demande au rapporteur quelques explications complémentaires sur les localisations sympathiques médullaires du centre cilio-spinal et si l'on a pu déterminer ce dernier par la méthode de Nissl.

M. F. SANO, *d'Anvers*. — En ce qui concerne les noyaux moteurs du grand sympathique, et spécialement le noyau cilio-spinal, Hœben a fait des recherches par la méthode de Gudden. Cet auteur place ce noyau dans la colonne médiane, surtout dans sa partie postérieure, du V$^{me}$ au VII$^{me}$ segment cervical chez le lapin. Hœben constata également que les groupes antérieurs et latéraux s'atrophient partiellement après l'ablation du ganglion sympathique supérieur du cou.

Ces recherches ont été reprises par Huet, au moyen de la méthode de Nissl, et les faits établis par Hœben ont été confirmés.

Dans la suite, comme je l'indique dans mon rapport, Onuf et Collins ont fait des recherches méthodiques en reséquant des branches splanchniques et des rameaux communicants et Laignel-Lavastine a fait les mêmes expériences. Tous ces auteurs sont d'accord pour placer les noyaux médullaires du grand sympathique sur la ligne transversale séparant la corne

antérieure de la corne postérieure et allant du canal centr
corne latérale (tractus intermédio-latéral).

J'ai fait remarquer, dès le premier travail de Huet, ( grave objection peut être faite à ces expériences. En ef sectionnant les rameaux communicants, on ne produit pas ment des actions à distance dues à l'altération des ne sympathiques, mais ce qui vient vicier les résultats, on *t la circulation médullaire,* et par suite on observe dans l part de ces expériences une atrophie de la corne anté dans sa totalité. C'est ainsi que dans les expériences de E de Hœben les conséquences de l'opération pouvaient se suivre jusque dans le bulbe et même plus haut.

Et cela n'est pas étonnant. Car, quand on supprime l'in tion de l'artère vertébrale par la résection du ganglion ce on produit des troubles de nutrition cellulaire. Or, L. de M démontré, comme d'autres auteurs d'ailleurs, que l'isc médullaire suffit pour déterminer la chromatolyse.

Je voudrais donc que dans ces expériences on fît, manière plus précise, la part qui revient à chacun des fa qui influencent les résultats.

Malheureusement jusqu'ici il n'a pas été possible de ret dans la moelle la localisation des noyaux des sphincters la simple résection de ceux-ci. Et M. Parhon, après l'ablat sphincter vésical chez l'homme, n'a pu retrouver de chr lyse dans la moelle.

Je concède donc volontiers qu'il est peut-être un peu p turé de parler d'une manière trop affirmative des n moteurs du grand sympathique dans la moelle épinière.

M. BRISSAUD, *de Paris.* — L'ingénieuse schématisati M. Grasset, qui convient très bien aux centres des m moteurs de l'œil, est difficilement applicable à la moell chiasmatisation optique complique en effet la question.

D'ailleurs, sur cette question des localisations des c moteurs dans la moelle, nous sommes un peu esclave mots. Nous parlons de *noyaux* et, nécessairement, nous représentons des noyaux arrondis, bien limités, comme ce pneumo-gastrique. Il n'en est rien, puisque les noyaux moelle affectent les formes les plus variées ; ce peuvent êt

fuseaux, des aiguilles. En tous cas, les noyaux dont nous parlons sont purement *schématiques*, et le schéma destiné à les représenter est, et doit rester, un *schéma*. Chacun des groupements schématiques ainsi figurés correspond à un groupe musculaire déterminé, par exemple : fléchisseurs, extenseurs. Toute schématique que soit cette conception, elle est cependant appelée à rendre des services.

M. F. SANO, *d'Anvers*. — M. le professeur Grasset, dans son importante étude, répond à des considérations physiologiques et cliniques qui sont certes du plus haut intérêt. Il est incontestable qu'il y a des associations fonctionnelles telles que l'anatomie des noyaux moteurs que nous connaissons jusqu'ici ne permet pas encore d'expliquer et pour la représentation desquelles il est presque indispensable de supposer des centres coordinateurs que l'on peut schématiser en les nommant *centres supranucléaires*.

Cependant, je ne vois pas encore fort bien où l'on pourrait anatomiquement les placer.

Mais M. le professeur Grasset nous dit que ce sont ces centres qui déterminent la topographie segmentaire, que c'est à eux que revient le rôle de l'action segmentaire et que leur lésion produit une répercussion périphérique segmentaire.

Je dois faire observer que c'est une nouvelle confusion introduite dans une terminologie déjà surchargée. Le noyau segmentaire que propose M. Grasset est tout autre chose que le noyau segmentaire de van Gehuchten et Nelis, de de Neef et de Brissaud et Bauer. Tous ces auteurs entendent par *noyau segmentaire*, ou *zone segmentaire*, l'ensemble des cellules qui agissent sur un segment de membre. Et nous savons que les noyaux des muscles et des masses musculaires sont disposés de telle sorte que l'on peut réellement considérer en un seul groupement, sans enclaves, les parties de la corne antérieure qui agissent sur un segment de membre.

Le noyau segmentaire de van Gehuchten et Nelis contient tous les muscles d'un segment de membre, quel que soit le nombre de ces muscles, quelle que soit leur fonction physiologique, « abstraction faite, disent-ils, de la valeur physiologique de ces muscles ».

Il n'y a là rien de supranucléaire. Cette distinction doi immédiatement indiquée.

Je puis admettre le terme de myélotome proposé par professeur Brissaud pour indiquer un étage médullaire. Il s dorénavant de se mettre d'accord sur la délimitation du n tome. Lorsque l'origine réelle de deux racines médu motrices est séparée par un certain espace libre, je pens faudra délimiter les deux myélotomes sur le milieu d espace. Il serait imprudent d'agir autrement, parce qu'a autre règle ne pourrait se justifier par des considérations samment stables. Si l'on fait attention à l'obliquité des ra il faudra varier de nombreuses fois la délimitation, d'ap myélotome envisagé et d'après les impressions personnel l'on se guide sur les racines sensitives pour délimiter les p motrices, on risque de faire d'autres erreurs. Si l'on pren point de repère l'émergence de la racine à la dure-mère, d abstraction, surtout à la partie lombo-sacrée, des plexus duraux qui sont un premier enchevêtrement après la so la moelle.

M. Brissaud nous propose de faire un schéma où ne se indiqués que très sommairement les noyaux d'après les n musculaires de flexion et les masses d'extension pour c segment. Ce schéma est certainement à faire et peut r de grands services. J'ai essayé de faire un schéma simpl indiquant les masses musculaires dorsales et les masses trales qui s'étendent sur le bourgeon primitif. Mais cette sc tisation reste à faire d'une manière attentive.

M. Ballet, *de Paris,* communique la note suivante :

**Note sur quelques Centres sympathiques d Moelle épinière,** par M. LAIGNEL-LAVASTINE.

*(Travail du Laboratoire de* M. Gilbert Ballet, *à l'Hôtel-Di*

Les localisations médullaires étant à l'ordre du jour du Co nous avons cru intéressant de rapporter brièvement les fai nous avons observés à la suite de l'ablation, chez le chi sympathique thoracique.

I. D'expériences, poursuivies au Collège de France et Salpêtrière en 1901 et 1902, nous avons cru pouvoir conclur

1° *Les racines postérieures contiennent des fibres sympathiques afférentes dont le centre trophique se trouve dans les ganglions ou les plexus sympathiques ;*

2° *La base de la corne antérieure et la corne latérale contiennent des cellules sympathiques ;*

3° *La plupart de ces cellules, d'après la fréquence et les caractères de leurs altérations, paraissent être le centre trophique de fibres sympathiques afférentes* [1].

Une récente observation de MM. Lannois et Porot [2] vient à l'appui de cette manière de voir.

II. Depuis, nous avons fait de nouvelles recherches. Voici, traitées par la méthode de Nissl, des coupes de la moelle d'un chien à qui nous avons enlevé la chaîne sympathique thoracique gauche du 3me au 10me communicant dorsal et que nous avons sacrifié 20 jours après l'opération.

Les lésions sont maxima dans la partie supérieure de la moelle dorsale. Nous n'en avons pas vu au-dessous de $D^{VII}$ ni au-dessus de $C^{VII}$.

Dans $D^{III}$, la corne latérale gauche ne fait plus de saillie *(Fig. I)*. Elle ne contient plus que trois cellules en voie de destruction, en chromotolyse, caryolyse et neuronophagie *(Fig. III)*, tandis que la corne latérale droite contient douze cellules normales *(Fig. II)*.

Dans $D^{V}$, on compte, pour dix cellules normales dans la corne latérale droite, seulement cinq cellules, et cinq cellules altérées, *(hyperchromie, chromotolyse, caryolyse* et *neuronophagie)*, dans la corne latérale gauche qui fait à peine saillie.

Même aspect dans $D^{VII}$.

Dans $C^{VIII}$, la corne antérieure gauche, beaucoup moins volumineuse que la droite, est comme affaissée sur sa base. Ce qui reste de la corne latérale contient, par coupe, à gauche seulement quatre cellules en *hyperchromie* pour dix cellules normales à droite *(Fig. IV)*.

1. — Laignel-Lavastine : *Recherches sur le Plexus Solaire*. Th. de Paris, 1903, pp. 74-75 et 383-391.

Congrès de Madrid, section de Neurologie, 1903.

Archives générales de Médecine, 1903.

2. — Lannois et Parot : *Congrès de Bruxelles*, Neurologie, 1903, t. II, p. 388.

A la partie externe de la base des cornes antérieures existe un petit noyau de cellules *fusiformes* semblables aux cellules de la corne latérale. Ce noyau, à gauche, ne contient, par coupe,

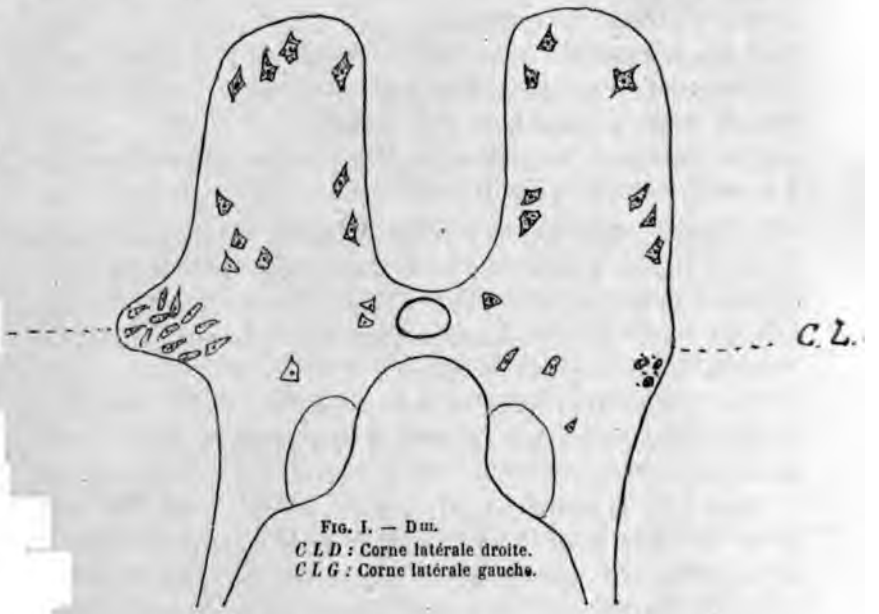



Fig. I. — D III.
*C L D :* Corne latérale droite.
*C L G :* Corne latérale gauche.

Fig. II. — Corne latérale droite de D III.

Fig. III. — Corne latérale gauche de D III.

que trois cellules et elles sont presque complètement détruites, en neuronophagie intense *(Fig. VI)*. Le noyau *homologue* droit contient, au contraire, 10 cellules qui sont normales *(Fig. V)*.

De chaque côté, en dedans de ce noyau, s'en trouve un autre formé de cellules étoilées. Ces cellules sont normales. Nous le

Fig. IV. — C VIII.
*L E D* : Noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure droite.
*P E D* : Noyau postéro-externe de la corne antérieure droite.
*L E G* : Noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure gauche.
*P E G* : Noyau postéro-externe de la corne antérieure gauche.

Fig. V. — Noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure droite.

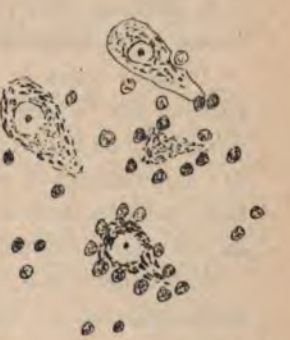


Fig. VI. — Noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure gauche.

considérons comme le noyau postéro-externe de la corne antérieure, et nous voyons dans le noyau malade que nous avons

décrit le prolongement dans la moelle cervicale de la co
latérale de la moelle dorsale.

III. *En conclusion :*

1° *Des neurones de la chaîne sympathique thoracique leurs centres trophiques dans la corne latérale de la mo dorsale et dans un noyau latéro-externe de la base de la co antérieure de la moelle cervicale inférieure ;*

2° *Ce noyau latéro-externe de la base de la corne antérie de la moelle cervicale est distinct du noyau postéro-externe la corne antérieure.*

Ces conclusions, dans leur première proposition, sont con matives des recherches d'Onuf et Collins, Arthur Biedl, Lann et Parot.

Dans leur deuxième proposition, elles sont confirmatives l'opinion de Waldeyer[1], qui soutient que les cellules système de la corne latérale existent sur toute la hauteur d moelle et ne se confondent jamais avec les cellules du gro postéro-externe de la corne antérieure de la moelle cervic mais elles sont contraires aux idées de Schwalbe, Qu Scharpey, Erb, Obersteiner et Gegenbaur[2].

M. E. BRISSAUD, *Professeur à la Faculté de Médecine*
M. A. BAUER, *Interne à l'Hôpital Andral.*

**A propos des modifications de la moelle consé tives aux amputations de membres chez le têta** — Dans le cours de recherches expérimentales que nous p suivons sur le têtard, nous avons eu l'occasion d'étudier modifications qui se produisent au niveau de la moelle à la s des amputations de pattes. L'an dernier, au Congrès de Mad nous nous sommes attachés surtout à l'étude des localisati de ces altérations médullaires.

Nous voudrions aujourd'hui vous exposer brièvement les di états anatomiques que nous avons observés dans la moelle têtards amputés, états qui varient suivant la présence ou l sence de régénération du segment amputé.

1. — In-Poirier : Anatomie, III, 1er fasc., p. 205.
2. — In-Th. Ziehen : Centralnervensystem, 1899. Iena., t. I, p. 196.

Lors de notre communication au Congrès de Madrid nous avons déjà fait remarquer qu'il est nécessaire de tenir grand compte de ces régénérations, et pour établir notre schéma des localisations nous ne nous étions appuyés que sur l'examen des moelles de têtards sans régénération.

Il n'est pas douteux, quand on compare la moelle de deux têtards de même âge amputés le même jour, de la jambe par exemple, l'un des têtards n'ayant rien régénéré, l'autre régénérant ou ayant régénéré, qu'une différence manifeste existe entre l'état de ces deux renflements lombaires. Les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus nettement délimitées chez le têtard qui ne régénère pas *(fig. 1)* que chez le têtard qui régénère *(fig. 2, 3, 4)*.

Fig. 1. — Amputation de jambe gauche. 40 jours sans régénération (X^e racine).

D'autre part, que l'on prenne des têtards de même âge et amputés des mêmes segments, têtards dont la patte régénère le segment amputé; qu'on examine la moelle des uns 20 jours après l'amputation; celle des autres 30 ou 35 jours après l'opération, et que les derniers soient examinés lorsque la régénération est aussi parfaite que possible, on se rendra compte alors du travail anatomique qui se produit dans la région de la moelle correspondant au segment amputé.

Voici un dessin *(fig. 2)*, fait à la chambre claire, représentant une coupe de moelle au niveau de l'origine de la X^e racine, chez un têtard dont l'amputation de jambe date de 20 jours. Les modifications dans la moitié de la moelle correspondant au côté amputé sont fort apparentes : diminution globale, altérations grossières des grandes cellules motrices de la corne ventrale, particulièrement dans les régions externe et postéro-externe.

Fig. 2. — (20 jours après amputation. X^e racine).

Voici le dessin *(fig. 3)* correspondant chez un têtard dc l'amputation de la jambe date de 35 jours. Les altérations renflement lombaire sont encore nettes, mais elles sont déjà moins accentuées.

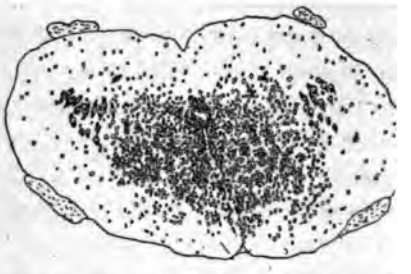


Fig. 3. — (35 jours après amputation. X^e racine

Voici enfin le dessin *(fig. 4)* d'une coupe de la moelle d'un têtard dont l'amputation date de 50 jours. Ici la patte régénérée valait la patte non amputée. La différence entre les deux moitiés du renflem lombaire est minime.

Ces têtards, de même origine et sensiblement de même à vivaient dans le même aquarium et se trouvaient donc dans mêmes conditions.

Ils paraissaient en bon état de santé lorsqu'ils ont été fixés t trois dans le r lange de Zenl et colorés suiv la méthode Nissl.

Fig. 4. — (50 jours après amputation. X^e racine). Réparation progressive des altérations de la moelle après amputation de la jambe gauche et régénération du segment amputé.

Si l'on comp ces moelles pri 20, 35 jours, e après une am tation de jam à celles qui p viennent de lar ayant subi successivement deux ou trois amputations de jan et sacrifiées 20, 35 jours, etc., après la dernière opération, constate que le nombre d'amputations influe, mais influe peu l'état actuel de la moelle.

Le travail anatomique en cours est peu modifié : la différe entre les deux moitiés de la moelle tend à diminuer ; les cellu altérées semblent moins nombreuses. Ces modifications s moins marquées que chez les têtards qui n'ont subi qu'une se amputation, et n'ont rien régénéré. Un autre fait qui, au pren

abord, paraît un peu paradoxal, mérite d'être signalé : les cellules saines sont en général plus belles et plus volumineuses chez les têtards qui ont été amputés deux ou trois fois que chez ceux qui n'ont été amputés qu'une seule fois. L'explication est, croyons-nous, la suivante : chez les têtards réamputés, d'une part on a affaire à des animaux un peu plus âgés et, d'autre part, en raison d'ailleurs de leur développement, les segments épargnés du membre amputé ont eu une activité fonctionnelle plus grande et plus prolongée que les mêmes segments de têtards amputés une seule fois.

En dehors de ces remarques que nous avons faites sur un grand nombre de préparations, quelques points particuliers doivent encore fixer l'attention.

Nous vous présentons un dessin *(fig. 5 et 6)* figurant une coupe de moelle lombaire de grenouille qui, amputée de la jambe à l'état de têtard, avait en 50 jours parfaitement régénéré le segment amputé. Sur cette coupe on distingue aisément dans la corne ventrale de la substance grise, correspondant au côté amputé, un afflux de petites cellules rondes vivement colorées. On trouve ces éléments sur une certaine hauteur de la corne ventrale, depuis l'extrémité inférieure du noyau latéral des grosses cellules motrices jusque vers la X$^{e}$ racine, par conséquent dans le territoire médullaire qui correspond au segment amputé. En plusieurs endroits on se rend compte que ces petits éléments sont surtout confluents

Fig. 5. — 50 jours après amputation.

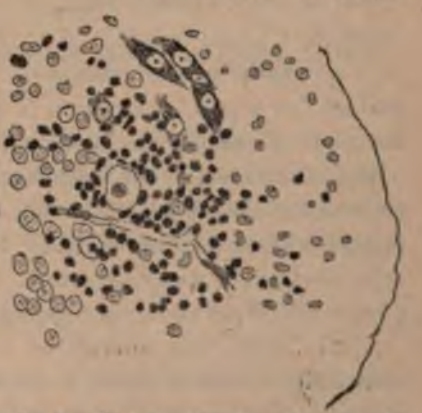


Fig. 6. — Région postéro-externe du groupe des cellules motrices de la moitié gauche de la moelle *(fig. 5)*.

autour de grosses cellules très altérées. D'autre part, il ex une semblable réaction cellulaire dans l'autre corne ventr mais là elle est moins intense.

S'agit-il d'une vraie myélite, infectieuse par exemple, locali aux cornes ventrales de la partie inférieure du renflen lombaire? Nous trouvons-nous en présence de macropha nombreux qui ont envahi les cornes ventrales pour en f disparaître les éléments qui ont simplement dégénéré à la s de l'amputation ?

Cette façon de voir nous paraît la plus vraisemblable, ca têtard en question était en parfaite santé lorsqu'il a été sacrifié ne présentait aucun trouble moteur appréciable dans les memb postérieurs ; il comptait parmi les plus beaux sujets en ex rience. De plus, ce cas n'est pas isolé ; nous avons observé d plusieurs autres moelles une réaction analogue *(fig. 7)*, n de moindre inten et plus localisée, siégeait toujo dans la zone corr pondant au segm amputé. On est d en droit de pen qu'au moment l'examen anatomi de ces différents tards un proces de neuronophag plus ou moins a suivant les sujets, contribuait à la réparation des altérati médullaires causées par les amputations.

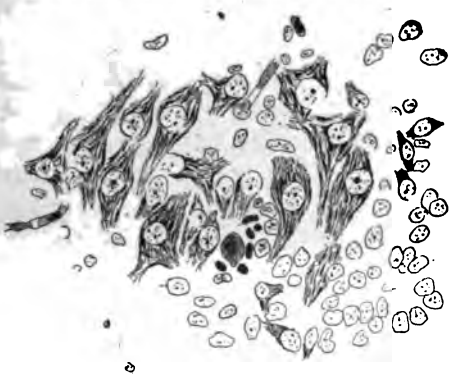


Fig. 7. — Quelques neuronophages groupés autour d'une cellule motrice dégénérée.

Mais alors n'est-il pas nécessaire d'admettre que des mod cations cellulaires se produisent dans la moelle même du c opposé à celui de l'amputation ? C'est un fait que nous avi déjà soupçonné antérieurement. La présence d'une neuro phagie bilatérale viendrait légitimer cette hypothèse.

Ainsi l'étude des altérations médullaires consécutives a amputations chez le têtard nous montre une grande différe entre le processus qui répare la moelle et celui qui restaure membre amputé.

Au niveau des membres l'aptitude régénératrice est très puissante chez un grand nombre de nos têtards que l'on voit régénérer d'une manière parfaite jambe et pied ; dans la moelle, elle est certainement très atténuée. Et cependant on sait que le système nerveux des têtards peut être doué à certains moments d'une aptitude formatrice inouïe, puisqu'on a vu ces animaux restaurer des fragments entiers d'encéphale. Dans ces cas, il est vrai, il s'agissait de traumatismes portant directement sur le système nerveux. Peut-être enfin cette aptitude régénératrice s'épuise-t-elle avec l'âge plus rapidement dans le système nerveux que dans les membres ?

En tout cas, dans la moelle de nos têtards ses manifestations sont plus lentes et plus imparfaites que dans les membres. Même dans les cas les plus heureux la restauration médullaire reste quelque peu défectueuse. On n'assiste pas à un retour *ad integrum* comme au niveau du membre amputé susceptible de reprendre forme et structure normales. Alors même que la patte a complètement régénéré dans la zone de la moelle correspondant au segment amputé, un certain nombre de cellules sont encore en voie de disparition (sans doute par l'intermédiaire des macrophages dont nous parlions ci-dessus) ; d'autres cellules restent plus petites et d'autres enfin s'hypertrophient. Jamais en cette zone nous n'avons remarqué de figures de cariocinèse.

Nous croirions volontiers que quelques cellules nerveuses simples, voisines du groupe des grandes cellules motrices, sont capables de remplacer certaines cellules disparues et, s'adaptant à de nouvelles fonctions, peuvent prendre la constitution des grandes cellules motrices.

Et quand on observe l'absence de régénération du membre amputé en même temps que l'absence de réparation des altérations médullaires, cela tient au fait que les animaux sur lesquels on a expérimenté étaient entrés dans leur période de vie latente.

## CONCLUSIONS

1° Quand on compare la moelle de deux têtards de même âge ayant subi le même jour la même amputation, l'un des têtards n'ayant pas régénéré, l'autre régénérant ou ayant régénéré, on

constate l'existence d'une différence manifeste entre les d
renflements lombaires. Les lésions sont beaucoup plus acc
tuées et plus nettement délimitées chez le têtard qui ne régén
pas que chez le têtard qui régénère ;

2° L'examen du renflement lombaire de têtards qui, ampu
des mêmes segments et en voie de régénération, ont été fi
un temps plus ou moins long après l'opération, permet d'obs
ver la réparation progressive des lésions médullaires caus
par l'amputation ;

3° Les amputations de régénérations influent, mais influ
peu sur l'état de la moelle ; elles n'arrêtent guère la réparat
des altérations déterminées par la première amputation.
nombre de ces réamputations n'a aussi que fort peu d'imp
tance à cet égard ;

4° Cette restauration des lésions de la moelle n'est jan
parfaite. Il ne s'agit pas ici comme au niveau des membres d'
vraie régénération. Les cellules qui ont été très vivement lés
tendent à disparaître grâce à l'intervention de macrophages
semble que ces cellules sont remplacées par des cellules n
veuses simples, voisines du groupe des grandes cellules motri
qui s'adaptent à de nouvelles fonctions. On n'observe pas
cette région de figures de cariocinèse.

M. G. MARINESCO, *Professeur à la Faculté de Médecin*
*Bucharest.*

**Essai de localisations dans les ganglions sensit**
Il est utile, je pense, avant d'entrer dans la description de n
sujet, de donner un court résumé de la morphologie des cell
des ganglions spinaux du chien, animal qui a servi de ba
mes expériences. Au point de vue de la substance chromati
j'admets, avec Lugaro, les cinq types cellulaires suivar
1° cellules claires, de gros volume, dont la substance chrom
que est disposée sous forme de granulations, leur noyau
volumineux et entouré d'une zone claire ; 2° cellules clai
grosses et moyennes, dont les corpuscules chromatophiles
irréguliers et le noyau tel que dans le type précédent ; 3° cell
obscures, petites, ayant de petites granulations chromatophi
un peu plus volumineuses autour du noyau, la substance fo
mentale et le noyau sont colorés d'une manière diffuse

noyau contient deux ou plusieurs nucléoles ; 4° cellules claires de volume moyen et petit, à corpuscules chromatophiles volumineux, mais peu nombreux ayant un noyau clair, entouré d'une auréole ; 5° cellules claires, volumineuses avec des éléments chromatophiles, oblongs et disposés d'une manière concentrique.

L'étude de la substance achromatique à l'aide de la méthode préconisée par Flemming et Lugaro, m'a permis d'admettre autrefois trois types : dans un premier type, il s'agit surtout de grosses cellules dont la substance achromatique organisée constitue un réseau à mailles assez larges, délimitées par des trabécules minces ou de calibre moyen. La substance chromatique s'y présente habituellement sous forme de corpuscules polygonaux.

Un deuxième type est représenté par des cellules de petit volume, les trabécules achromatiques forment un réseau dense, à mailles serrées et à points nodaux très nombreux. La cellule, dans ce cas, affecte un aspect foncé et correspondant à l'état que Nissl avait désigné sous le nom de chromophilie. Il est certain que cet état ne dépend pas, ainsi que l'avait pensé Nissl, tout au moins dans la majorité des cas, d'un artifice de préparation. Les éléments chromatophiles sont de petit volume.

Enfin, dans le troisième type, la substance achromatique organisée se présente nettement sous forme de fibrilles épaisses qui constituent un véritable feutrage, ou sont ondulés en forme de tourbillons.

Les éléments chromatophiles sont oblongs, ovoïdes ou fusiformes. C'est le type qui peut servir pour montrer la structure fibrillaire de la substance achromatique.

Je pourrais considérer au point de vue de la substance achromatique un quatrième type représenté par les cellules claires, moyennes et petites, à gros corpuscules chromatophiles. Dans ces cellules, la substance fondamentale est incolore tandis que les neuro-fibrilles constituent un réseau à mailles très larges et dont les travées sont assez épaisses. Les espèces cellulaires que nous venons de décrire représentent non seulement des types morphologiques, mais aussi des types fonctionnels en rapport avec l'innervation sensitive des différents tissus. J'ajoute qu'au point de vue topographique, ces espèces cellulaires ne se réunissent pas ensemble pour constituer des groupes isolés les

uns des autres ; mais elles s'entremêlent. Il en résulte qu'e sont disséminées dans toute la masse du ganglion.

Les petites cellules obscures constituent assez souvent des entourés des autres espèces cellulaires et la conclusion qui dégage c'est qu'il n'existe pas dans les ganglions des régi où l'on puisse trouver une seule espèce de cellules. ( l'embryon, les cellules sont disposées en traînées ou bie lobules séparés par le tissu interstitiel.

La manière dont se comportent les différentes espèces c laires après les résections nerveuses, prouvent le bien fond mon assertion, à savoir : que nous avons affaire à des t morphologiques et fonctionnels. En effet, ce sont les pe cellules obscures qui offrent une réaction précoce, car on trouve déjà altérées vingt-quatre heures après la résection. cellules claires et moyennes à gros corpuscules ne subis pas de modifications après les sections nerveuses. Lugaro, c fait cette constatation pour la première fois, admet toutefois quelques-unes d'entr'elles réagissent. Cela est possible en e mais leur nombre est très restreint. La section de la ra postérieure au-dessus du ganglion ne produit pas non plu lésions dans ces cellules. On peut en inférer que la gr majorité de cette espèce cellulaire n'envoient leur cylind ni dans les racines postérieures, ni à la périphérie, il se dans le ganglion même. Pour me rendre compte si, par has ces cellules envoient leur cylindraxe dans le système sy thique, j'ai fait arracher le sympathique cervical et j'ai exa la série des ganglions spinaux cervicaux. Je n'ai pas tr davantage de lésions apparentes dans les cellules en ques Ainsi qu'on le voit, la signification physiologique des cel claires à gros corpuscules est tout à fait obscure. J'arri présent aux cellules à corpuscules fusiformes concentrique bien à fibrilles concentriques, desquelles j'ai fait un type sp dans un travail publié dans la *Presse Médicale* (" Nouv recherches sur la structure fine de la cellule nerveu 16 juin 1897). Cox a vu pour la première fois que ces cel qui constituent son deuxième type réagissent plus tard qu cellules de son premier type et l'aspect de la lésion est diffé Il a vu que les éléments chromatophiles de ces cellule ramassent d'une manière caractéristique autour du noyau a

la section de leur cylindraxe. La réaction de ces cellules d'après l'auteur hollandais se prolonge longtemps, car il en a trouvé d'altérées une année après la section des nerfs périphériques. Cox est disposé d'admettre que les cellules de son deuxième ne seraient autre chose que les cellules découvertes par Dogiel, dont les prolongements se ramifient autour de celles du premier type et dont le cylindraxe n'est pas touché par la section du nerf. J'ai pu constater comme Cox, comme Flemming et Lugaro que les cellules à couches concentriques suivent la manière indiquée par ces auteurs, mais non pas si tardivement comme l'avait soutenu Cox. Tandis que presque toutes les cellules des autres types réagissent après les sections nerveuses suivant le mode des lésions secondaires, c'est-à-dire qu'elles offrent une chromatolyse périnucléaire, les cellules à couche concentrique réagissent plus tardivement, leur chromatolyse est périphérique et leur réaction est relativement tardive. Je ne m'associe pas aux explications de Cox en ce qui concerne la réaction tardive de ce type cellulaire, et pas davantage à celle de Lugaro, pour son mode de réaction.

Ainsi qu'on l'a vu, Cox pense que la réaction tardive des cellules claires avec éléments chromatophiles oblongs s'expliquerait par le fait qu'elles n'envoient pas de cylindraxe à la périphérie, et ce n'est que d'une façon indirecte, par l'intermédiaire du neurone qui possède une branche périphérique, que ces cellules sont altérées. Si vraiment l'opinion de Cox était prouvée, nous aurions là un fait d'une grande importance, qui démontrerait qu'une lésion peut se transmettre d'un neurone à l'autre dans le sens centripète et dans un temps extrêmement court. Or, l'opinion de Cox est erronée. Une expérience très démonstrative à ce point de vue le prouve. Si on fait la résection d'un nerf sensitif tel que le safène externe ou interne chez le lapin, on constate déjà après cinq jours une réaction qui intéresse tout particulièrement les cellules à couches concentriques. En outre, il y a quelques petites cellules obscures en réaction. Il est donc impossible d'invoquer dans ce cas la transmission de la réaction du premier au deuxième type, parce que dans notre cas spécial la lésion est prédominante dans les cellules à couches concentriques. Le mode particulier de réaction des cellules à couches concentriques a conduit Lugaro à for-

muler l'opinion que la distinction entre la chromatolyse cen
comme critérium de lésion secondaire et la chromatolyse
phérique comme critérium de lésion primitive, n'est pas t
fait fondée parce que les cellules cortiqueuses, comme cet a
les appelle, réagissent après les sections nerveuses suiva
mode de lésions primitives. J'aurai à répondre à M. Lugaro
dans la très grande majorité des faits, la distinction qu
établie entre les lésions primitives et secondaires a été dé
trée comme légitime. Aujourd'hui je puis ajouter davar
encore : c'est que la cause de réaction spéciale des cellules a
les sections nerveuses se trouve dans les rapports intime
existent entre le réseau intra-cellulaire et l'origine du c
draxe. La méthode récente de Cajal, de même que l'hématox
de Delafield, montrent avec la dernière évidence dans la pl
des cellules nerveuses, que le cylindraxe prend son or
dans une partie du centre de la cellule, là précisément où a
rait la chromatolyse consécutive aux sections nerveuses.
les cellules à couches concentriques les fibrilles du cylin
se continuent avec les fibrilles périphériques et la chromat
ainsi qu'on l'a vu apparaît tout d'abord à leur périphérie,
que Flemming, Cox, Lugaro et moi-même l'avons observé.

Nous avons vu que la résection d'un nerf sensitif produ
la réaction, tout au moins chez le lapin dans les cellules à co
concentriques et dans quelques petites cellules obscures.
donc naturel de conclure que les cellules cortiqueuses et c
nes cellules obscures sont en rapport avec l'innervation s
tive de la peau. Si, au contraire, on enlève un muscle,
sont pas les cellules cortiqueuses qui réagissent, mais les
ses claires et les petites cellules obscures. Donc une
conclusion logique qui ressort de nos expériences, c'est qu
grosses cellules claires affectent des rapports avec l'innerv
sensitive des muscles. Si on pratique la désarticulation
segment de membre, la réaction est très étendue dans les
glions correspondants, mais elle n'intéresse pas cependan
cellules claires, moyennes ou petites, à gros corpuscules.

Il est difficile d'enlever une portion d'os ou bien d'enlev
extrémités articulaires sans blesser les nerfs sensitifs des a
tissus ; mais, étant donné que toutes les grosses et moye
cellules claires, excepté bien entendu celles à gros corpus

réagissent après la désarticulation d'un segment de membre, on peut conclure que les surfaces articulaires et les os sont en rapport avec certaines cellules claires. Quelle est la fonction des petites cellules obscures? Qu'il me soit tout d'abord permis d'établir que le nombre de ces dernières est plus considérable que celui des autres espèces cellulaires. Elles ne sont pas isolées, ainsi qu'on l'a vu, mais réunies entr'elles en groupes séparés par les autres espèces cellulaires. Il est probable que ces cellules se trouvent en relation avec l'innervation sensitive des vaisseaux. En effet, qu'on coupe un nerf sensitif ou bien un nerf mixte, etc., on trouvera toujours un nombre plus ou moins grand de petites cellules obscures en réaction, ce qui serait facile à expliquer dans l'hypothèse que je viens de formuler.

Les lésions que détermine la résection des nerfs dans les ganglions spinaux varient avec l'origine et le volume de ces nerfs; celle du sciatique dans le bassin produit des lésions dans les ganglions, VI$^{e}$, VII$^{e}$ lombaires et dans le 1$^{er}$ sacré, la lésion plus intense dans le 1$^{er}$ ganglion sacré que dans les VII$^{e}$ et VI$^{e}$ lombaires. La résection du crural dans le bassin détermine des lésions dans les III$^{e}$, IV$^{e}$, V$^{e}$ et VI$^{e}$ lombaires, mais la lésion est plus étendue dans le V$^{e}$; elle n'intéresse que peu de cellules dans le VI$^{e}$. Nous trouvons la raison de cette prédominance de lésion dans le V$^{e}$ lombaire, dans le fait que l'innervation sensitive du quadriceps est représentée dans le V$^{e}$ ganglion lombaire. La résection du nerf obturateur également dans le bassin produit de la réaction dans le IV$^{e}$ et V$^{e}$ ganglions lombaires; la participation du VI$^{e}$ lombaire est douteuse, aussi bien pour l'obturateur comme pour le crural.

La résection du sciatique poplité externe donne des lésions, principalement dans le VI$^{e}$ lombaire; le VII$^{e}$ présente aussi des lésions, mais elles sont moins étendues. Le sciatique poplité interne réséqué, détermine la réaction cellulaire dans les VI$^{e}$, VII$^{e}$ lombaires et dans le 1$^{er}$ sacré.

Les gros nerfs sensitifs, comme les nerfs mixtes produisent également des altérations dans trois ganglions spinaux, mais les nerfs moins volumineux, soit mixtes, soit sensitifs ne produisent des lésions que dans deux ganglions, ou même dans un seul.

C'est ainsi que le nerf honteux, réséqué, ne donne des lésions

que dans les Ier et IIe ganglions sacrés, tandis que le nerf du pénis, n'est en rapport qu'avec quelques cellules dissé dans le IIe ganglion sacré. L'ablation des muscles est d'une réaction diffuse dans les grosses cellules claires, le n des ganglions altérés et des cellules malades varie a volume du muscle.

Les grands muscles sont représentés dans au moins d trois ganglions spinaux, les petits muscles dans un s muscle long du cou, comme le droit antérieur de la tête, p être représentés dans quatre ganglions. Je vais citer qu exemples de localisations des muscles dans les ganglion muscles de la face postérieure de la cuisse et notamm biceps sont représentés dans les VIe et VIIe ganglions lom Le nombre des cellules qui réagissent est assez grand moins considérable cependant qu'après la résection du que en dehors du bassin. Les fléchisseurs des doigts d postérieur, de même que les jumeaux sont également sentés dans les VIe et VIIe ganglions spinaux par un nou cellules plus restreint que celui que détermine l'ablati muscles de la face postérieure de la cuisse : de mêm cellules qui représentent les jumeaux sont plus nombreus celles représentant les fléchisseurs. Le couturier est rep dans les IVe et Ve ganglions lombaires. la masse réu fessier dans les VIe et VIIe ganglions lombaires. Je p multiplier les exemples, mais c'est inutile. Je puis donc c que, d'une manière générale, ainsi que Mayer l'avait en 1885, que la peau et les muscles sous-jacents reçoive innervation de la même racine mixte : malgré que Sher ait soutenu qu'il y a beaucoup d'exceptions à cette M. Brissaud, de son côté, a soutenu qu'un segment de la reste en relation avec le segment cutané de même numé

L'ablation des petits muscles bulbo-caverneux et caverneux produit des lésions dans le IIe ganglion sacr réaction, indubitable, montre que les neurones sensiti beaucoup plus vulnérables que les neurones moteurs. E malgré des tentatives répétées pour déterminer le no petits muscles tel que le releveur de l'anus, obturateur i bulbo et ischio-caverneux dans la corne antérieure, je pas encore parvenu à le faire ; les cellules radicula

réagissent pas avec la même facilité que les cellules des ganglions. Du reste, la réaction est aussi plus précoce dans les secondes que dans les premières.

L'origine des nerfs sensitifs dans plusieurs ganglions nous explique d'une part les réflexes localisés et la diffusion de ces réflexes suivant l'intensité de l'excitation. En effet, un petit nerf sensitif a son origine dans un seul ganglion, dont le réflexe sera localisé au segment correspondant, mais s'il s'agit d'une excitation plus forte, elle va se propager dans plusieurs segments parce que les collatérales réflexes des racines postérieures d'un segment donné se distribuent à plusieurs segments. En résumé, la section d'un nerf sensitif cutané, ou bien sensitif des muscles, ne produit pas des lésions dans les mêmes espèces cellulaires. D'autre part, les cellules en réaction sont disséminées. Si on enlève un muscle, les cellules qui réagissent sont également disséminées ; mais les cellules de la même région : peau, muscles et os se réunissent pour constituer un tout correspondant à une région donnée. Il semblerait donc que les localisations sensitives ganglionaires sont totales ou pour mieux dire régionales. Les neurones sensitifs des tissus de la même région se réunissent pour former un ensemble qui correspond à cette région.

## 3 AOUT

**Le matin, visite de l'Asile St-Luc. Déjeuner offert aux Congressistes par le Conseil Général des Basses-Pyrénées.**

*(Voir les détails aux Comptes-rendus de la deuxième partie du Volume II.)*

## SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(3 HEURES)

**Sur les Pelouses de l'Asile St-Luc.**

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr NOGUÈS (de Toulouse), VICE-PRÉSIDENT.

## COMMUNICATIONS DIVERSES

M. DOUTREBENTE, *Médecin-Directeur*, et M. L. MARCHAND, *Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Blois.*

**Deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains frais.** — Le délire aigu tue trois fois sur quatre (Marcé); il nous a paru intéressant de rapporter les deux cas suivants de délire aigu terminés par la guérison pour lesquels nous avons employé un traitement identique à celui de la fièvre typhoïde.

Nous avons été déterminés à user de ce mode de traitement à la suite de la constatation chez nos deux malades de troubles physiques rappelant en tous points ceux de la fièvre typhoïde. Seule, la courbe de la température différait, par son irrégularité, de celle de la dothiénentérie.

Depuis que le délire aigu est considéré comme étant de nat toxi-infectieuse, son traitement par les bains frais a été pré nisé. M. Letulle [1], MM. Antheaume et Sainton [2] ont aussi obt dans l'alcoolisme aigu, maladie qui a beaucoup de points c muns avec le délire aigu, des résultats favorables par la bain tion froide. Nous pensons que dans nos deux cas les suc thérapeutiques obtenus sont dus, non seulement aux bains f donnés en grand nombre dans les vingt-quatre heures, penc la période aiguë, mais également aux purgatifs répétés et régime lacté. Voici les deux observations :

Observation I. — R..., âgée de 48 ans, vigneronne, entre à l'A de Blois le 13 mai 1904.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort d'accident à 74 ans ; morte de vieillesse à 78 ans. Les grands parents maternels et pa nels étaient robustes et sont morts de vieillesse. Une tante mater s'est suicidée ; elle était atteinte de cancer gastrique et les doul violentes qu'elle ressentait l'ont déterminée au suicide. Une co maternelle fut aliénée et soignée à l'asile de Blois. La malade frère bien portant.

*Antécédents personnels.* — R..., n'a jamais eu de maladie grave, a toujours été d'une santé parfaite. Dans son jeune âge elle ple souvent sans motif. Pas de syphilis. Elle a un enfant de 20 ans, portant. R... a toujours été bien réglée.

Dix jours avant son entrée à l'Asile, R... fut prise de crises d'ex tion et de délire. Venant de faire un héritage, elle s'est figurée qu héritage ne lui était pas dû et qu'elle avait frustré son frère d'un qui lui appartenait. Les crises d'excitation avaient lieu jour et R... criait, gesticulait, s'arrachait les cheveux ; ces crises dur environ une heure et étaient suivies d'une période de dépression ou moins longue. Après une crise, la malade est restée deux h sans bouger et parler. Quelques jours avant son entrée à l'Asile, a fait une tentative de suicide, elle a voulu se jeter dans un puits

A son arrivée à l'Asile, R... est très agitée. La face est congestio Les conjonctives sont jaunes, les yeux sont caves, les narines sont vérulentes, les lèvres sont couvertes d'un enduit noirâtre, la la est sèche et rôtie. Les cheveux sont épars. On observe des contu multiples sur les membres supérieurs occasionnées par les main robustes paysans qui ont dû la contenir au lit pendant plusieurs j

1. — M. Letulle : *Bains froids dans le délirium tremens.* (" Presse cale ", 5 Juillet 1899.)

2. — A. Antheaume et P. Sainton. — *Sur le traitement du délire infectieux (délirium tremens avec fièvre) par les bains froids,* 1899.

Pas de lésions cardiaques ; le pouls est précipité et fuyant (100 pulsations à la minute). Rien du côté de l'appareil respiratoire.

Inappétence absolue ; constipation opiniâtre. Le foie est gros et douloureux à la pression.

Pas d'albumine, pas de sucre dans les urines ; celles-ci sont très troubles.

Pas de troubles objectifs des sensibilités générales et spéciales. Céphalalgie violente.

Légère inégalité pupillaire au profit de la pupille droite. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont normaux.

Réflexes patellaires très exagérés des deux côtés. Pas de signe de Babinski. Léger tremblement de la langue et des doigts.

Pas de troubles du langage.

La température du corps (température axillaire) est de 38°.

*Examen psychique.* — Au moment où nous approchons la malade, celle-ci est très agitée ; elle crie, cherche à donner des coups de pieds pendant qu'on l'examine, elle veut se lever sans cesse. Par moment, elle grimace, fait claquer sa langue, respire bruyamment ; les paupières clignotent. Pendent cette période d'excitation, il est impossible d'arracher une réponse à la malade.

Interrogée pendant un moment de calme, on constate que R... a conservé la mémoire. Elle donne sans hésitation tous les renseignements relatifs à son état civil ; mais elle ne peut dire où elle est et comment on l'a amenée à l'Asile. Elle se trouve malade, elle est « dans une grande faiblesse », dit-elle. Elle se plaint de cauchemars ; elle voit des personnes qui veulent la tuer ; elle croit que la maison va s'écrouler. Elle a des hallucinations de l'ouïe. Les voix viennent toujours d'en haut. Elles lui disent qu'elle a volé son héritage, que c'est une injustice ; elle est une femme misérable...., etc. Au milieu de l'interrogatoire, R... ferme les yeux, reste sans mouvements ; il est dès lors impossible de la faire parler ; elle reste plusieurs heures dans cet état.

Le traitement institué est le suivant : régime lacté absolu. Sulfate de soude, 30 grammes. Trois bains tièdes d'un quart d'heure à 33° dans les 24 heures, l'état du pouls ne permettant pas de les donner à une température plus basse. Après chaque bain la malade est enveloppée dans une couverture de laine.

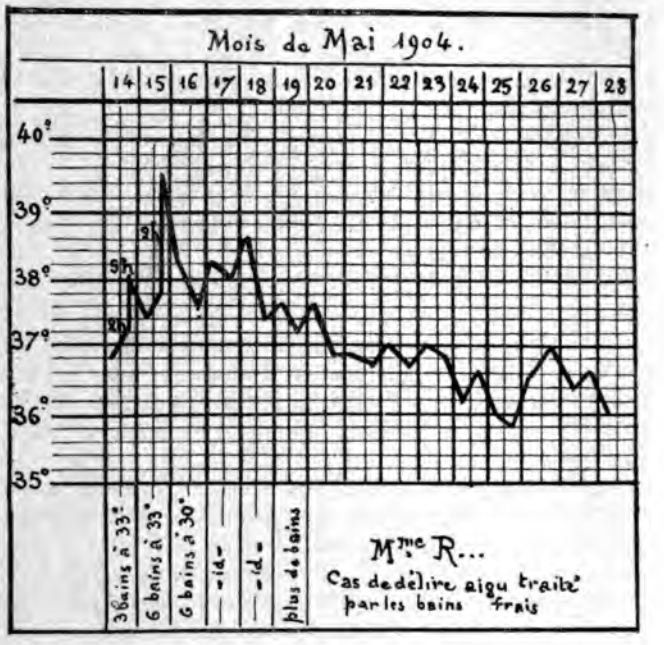
15 Mai. — L'état de la malade est toujours très inquiétant. L'agitation est extrême ; la langue est rôtie, la malade n'a pas dormi de la nuit. Elle a gâté plusieurs fois.

La température est de 37°4 le matin et de 39°4 le soir.

On donne six bains tièdes de 20 minutes à 30° pendant les 24 heures. La température du bain est de 25° au moment où la malade en est retirée.

16 Mai. — Le pouls est mieux frappé, la température est de 38°2, le matin. La langue est légèrement humide. L'inégalité pupillaire est disparue. Plus de céphalalgie. Six bains de 20 minutes à 30° sont encore donnés. La malade prend un lavement purgatif.

17 Mai. — Les symptômes physiques sont moins alarmants. La lan
est humide, la malade avale plus facilement. Les narines ne sont p
pulvérulentes. Les conjonctives sont moins jaunes et le foie n'est p




douloureux à la pression. Les urines sont claires. La température
encore au-dessus de 38° matin et soir. La malade a des hallucina
de l'ouïe et de la vue. Le délire mélancolique persiste encore. Ell
toujours obsédée par l'idée qu'elle n'a pas droit à son héritage.
ses crises d'excitation, elle crie sans cesse : « C'est faux, le notair
l'ai tué. » La malade a dormi quelques heures la nuit précédent
traitement par les bains tièdes au nombre de six par jour est conti
après chaque bain, la malade est calme et souvent même elle a que
heures de sommeil.

18 Mai. — La température est encore le matin 38°6, mais les sy
mes physiques sont de moins en moins accusés. La langue se dépo
La nuit a été bonne. Les crises d'excitation sont de moins en
nombreuses.

19 Mai. — La température est descendue à 37°2. La malade est
mais elle entend toujours des voix. Le sommeil n'est plus entre
de cauchemars. Les hallucinations de la vue ont disparu. Les
froids sont supprimés. La malade est enveloppée tous les matins
dant 20 minutes dans un drap humide et une couverture de laine.

Dans la suite, les troubles psychiques finissent aussi par dispar

Les hallucinations de l'ouïe sont les plus tenaces, la malade ne peut dire ce qui s'est passé pendant toute sa période de fièvre. L'amnésie est complète. Elle ne peut dire comment elle a été amenée à l'Asile ; comment elle a été soignée. Desquamation furfuracée de la peau.

Le 15 juin la malade est en pleine convalescence et, le 25 juin, elle sort de l'Asile complètement guérie ; mais elle ignore son transport à l'Asile et n'a pas conservé le moindre souvenir de sa maladie pendant la période aiguë.

Observation II. — H. E...., voyageur de commerce, âgé de 38 ans, entre à l'Asile de Blois le 15 mai 1904.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de fièvre cérébrale (délire aigu ?) à l'âge de 32 ans. La mère eut une mauvaise conduite et était syphilitique. Il nous fût impossible de savoir si elle avait été contaminée avant la naissance de H. E....

*Antécédents personnels.* — H. E.... n'a jamais eu de maladies graves. Il a deux enfants qui sont bien portants. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques et n'a jamais eu la syphilis. Il y a sept ans, première crise de neurasthénie ; il était obsédé par l'idée qu'il était albuminurique et il faisait faire l'analyse de ses urines à chaque instant. Pendant plusieurs années l'obsession disparut ; elle reparut il y a trois ans et avec une intensité chaque jour croissante.

Un mois avant son entrée à l'Asile, il fut soigné dans une maison de santé pour nerveux. C'est alors qu'il présenta une crise d'excitation avec de vagues idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe, qui nécessita son internement à l'Asile de Blois.

A son entrée, H. E...., est dans un état d'excitation extrême. Maintenu au lit, il cherche sans cesse à se lever. Le faciès est pâle, les lèvres sont décolorées ; les conjonctives sont jaunâtres. Contusions multiples sur le corps. Comme signes physiques de dégénérescence, on relève des oreilles mal ourlées et de l'asymétrie faciale.

Pas de troubles cardiaques. Le pouls est bien frappé mais précipité (96 pulsations à la minute).

Rien du côté de l'appareil respiratoire.

La langue est sale et rôtie, la salive épaisse, l'haleine est fétide. Inappétence absolue. Constipation. Le volume du foie paraît normal.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

Température axillaire : 39° 4.

Les sensibilités spéciales et la sensibilité générale paraissent conservées des deux côtés du corps. Céphalalgie frontale.

Pas de paralysie ; pas de troubles de l'équilibre ; le corps tout entier est animé d'un tremblement à grosses oscillations.

Les réflexes patellaires sont exagérés des deux côtés ; pas de réflexes de Babinski.

Pas de troubles objectifs de la vue. Les pupilles sont égales. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation se font bien.

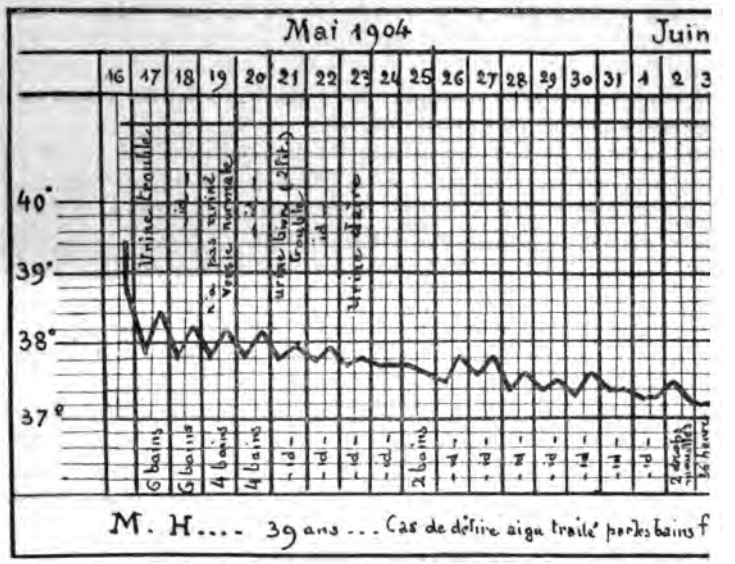
Pas de troubles de l'audition verbale, de la vision verbale. L bégaiement ; la voix est tremblée.

*Examen psychique.* — H. E.... paraît en état de rêve ; les pa qu'il prononce en dehors de l'interrogation sont incohérentes. Il fa presser de questions pour obtenir une réponse. La mémoire est a bien conservée, mais il existe de la confusion dans les idées.

H. E.... donne les principaux renseignements relatifs à son civil ; il a deux enfants mais il ne sait plus leur âge ; il croit que d'eux a six ans. L'autre enfant serait mort aujourd'hui et il n'en épr aucun chagrin. Il sait qu'il est dans une maison de santé et se recor malade.

Les hallucinations de la vue sont vives et fréquentes. H. E.... des fourches, des drapeaux, des ombres. Les hallucinations de l sont moins accusées. Pas d'idées de persécution, pas d'idées de g deurs. Idées mélancoliques et hypocondriaques.

Le traitement institué est le suivant : Régime lacté absolu. Su de soude de 30 grammes, 4 bains tièdes à 30° dans les 24 heures.




16 Mai. — H. E.... a été agité toute la journée et une partie nuit ; il prétend que ce sont « les calculs et le spiritse » qui l'empè de dormir. Les paroles sont sans suite. Les idées de suicide sont a rues. H. E.... demande un couteau, un revolver. La température descendue à 38° 8. Quatre bains tièdes sont donnés dans les 24 he

17 Mai. — H. E.... est toujours très agité ; il essaye d'avaler tc qu'il trouve et de se cogner la tête. Il demande à mourir. La tem ture est de 38° le matin et de 38° 4 le soir. Le pouls est bien frap rapide. On ordonne un lavement purgatif en plus des bains tièdes

18 Mai. — Pendant la nuit le malade a été calme. Les troubles physiques sont encore très accusés ; H. E.... est toujours difficile à maintenir au lit ; il prend son lait avec difficulté. Mêmes idées de suicide. On lui fait suivre le même traitement que la veille. La température est de 37° 9 le matin et de 38° 2 le soir.

19 Mai. — H. E.... prononce des mots sans suite parmi lesquels ceux de « Charlotte, couteau, revolver, faux témoignage » reviennent sans cesse. Les hallucinations de l'ouïe semblent prédominer sur les hallucinations de la vue. Les maux de tête sont moins violents. La température oscille entre 37° 8 et 38° 1 ; le pouls est normal. La langue est légèrement humide sur les bords. Même traitement par les bains tièdes.

20 Mai. — Même état mental. La parole est plus facile. La température oscille autour de 38° jusqu'au 22 mai. Les bains sont continués. Les symptômes physiques s'améliorent chaque jour. Les hallucinations de l'ouïe et de la vue persistent encore. Le malade ne comprend rien à tout ce qu'il voit ou entend. Il demande à voir sa famille ou son patron pour s'expliquer. Il fait une tentative de suicide. Étant au bain il essaye de se noyer dans la baignoire.

23 Mai. — Les symptômes physiques ont disparu. La température oscille autour de 37° 5. Le malade prend chaque jour deux œufs et son lait. On ne lui donne plus que deux bains par jour.

Dans la suite l'état mental s'améliore mais les hallucinations de la vue et de l'ouïe persistent encore.

1er Juin. — La température est normale mais H. E.... présente des idées mélancoliques de culpabilité qui persistent dans la suite. Il entend des voix qui lui disent qu'il est condamné à mort ; qu'il doit être jugé en France et en Prusse. Il faut qu'il aille régler ses comptes avec son patron.

L'anxiété est continue. Il reste des heures la tête entre les mains. Les idées de suicide ont disparu.

M. Ernest DUPRÉ, *Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux de Paris.*

## Le Puérilisme démentiel sénile.

> .....
> Oh ! comme les vieux airs qu'on chantait à douze ans
> Frappent droit dans le cœur aux heures de souffrance.
> .....
> Comme ils savent rouvrir les fleurs des temps passés
> Et nous ensevelir, eux qui nous ont bercés !
>
> A. de Musset : *(Rolla).*

J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'étudier en détail un état psychopathique spécial, que j'ai proposé de dénommer *Puérilisme*, et qui, semblant indiquer une sorte de régression de la mentalité vers l'enfance, est caractérisé par une modi-

fication singulière des sentiments, des goûts, des tendance des appétits, du langage, des gestes, etc., modification telle q le sujet semble transformé, pour un temps plus ou moins lor en un petit enfant. Cette altération de la personnalité, dont nc ignorons d'ailleurs complètement le mécanisme pathogéniq peut s'observer dans les états pathologiques les plus différen affections organiques de l'encéphale, intoxications, hystérie [1]

Le syndrome avait déjà été signalé par les anciens auteu chez lesquels on retrouve notés des faits cliniques absolum semblables à ceux dont j'ai entrepris l'étude détaillée.

Ces observations historiques [2] sont intéressantes à rapprocl des observations modernes, parce qu'on peut ainsi se convain de l'identité absolue des documents relatés, avec autant de p cision que de sincérité par les anciens auteurs, et des faits s'offrent aujourd'hui à l'étude des cliniciens. Par ce rapproc ment s'affirme la permanence des faits et s'éclaire la contin des lois de la psychologie normale et morbide.

Le témoignage des anciens auteurs et l'observation clini s'accordent donc pour démontrer l'existence, parmi les inn brables formes des altérations de la personnalité, d'un syndrc spécial, qui mérite d'être individualisé en lui-même sous terme de *puérilisme*, et d'être étudié dans son évolution, variétés et ses rapports avec les affections au cours desque il apparaît. Un de mes élèves, M. Soullard, vient de tente travail dans une thèse qui résume l'état de la question [3].

La multiplicité et la disparité des causes occasionnelles puérilisme sont telles qu'on ne peut guère saisir le lien com qui rattache entre eux des moments étiologiques si différent

1. — Ernest Dupré : *Congrès des aliénistes et neurologistes de Brux* (1903). Observations de puérilisme mental, en collaboration avec P. Gar P. Camus, A. Devaux. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901. *R neurologique*, 1903. *Presse médicale*, 1902.

2. — Histoire admirable et véritable des choses advenues à l'endroit de Je Féry, religieuse professe du couvent des Sœurs Minimes de la ville de (Hainaut), âgée de 25 ans, possédée du maling esprit et depuis délivrée (1 Collection Bourneville, 1886, p. 25. Curé de Montgeron. Cité par Calmeil *f folie*, 1845, t. II, p. 390). *La vérité des miracles*, 1737, t. II, p. 88. J Voisin : *Un cas de grande hystérie chez l'homme, avec dédoublement personnalité* (Archives de neurologie, 1885). Pitres : *Des attaques de d amnésique. Leçons sur l'hystérie*, 1891.

3. — R. Soullard : *Le puérilisme mental. Contribution à l'étude altérations de la personnalité* (Thèse, Paris, 1904).

L'observation des faits permet cependant de distinguer deux grandes catégories d'observations. Dans une première série de faits, le syndrome, ordinairement suscité par une cause aiguë ou subaiguë (choc moral, intoxication, surmenage, etc.) apparaît brusquement, dure peu et s'évanouit après une évolution passagère ; dans une seconde série d'observations, le syndrome se dessine en une évolution lente, progressive et plus ou moins durable, sans étiologie occasionnelle saisissable, dans le tableau clinique des démences organiques. Ces deux séries de cas permettent de distinguer un puérilisme aigu et un puérilisme chronique.

A cette dernière classe correspondent les nombreux cas de puérilisme chronique qu'offre à l'observation des aliénistes, dans les Asiles, la population des déments et surtout des démentes. J'ai déjà cité plusieurs observations de puérilisme démentiel, survenu au cours d'encéphalopathies organiques par abcès ou tumeurs. Je rapporte ici un cas, aussi résumé que possible, de puérilisme chronique, lié à la démence sénile [1].

Il s'agit d'une femme de 80 ans, démente sénile depuis plusieurs années, gâteuse depuis six mois, qui, après un ictus suivi d'hémiparésie gauche transitoire, présenta brusquement le syndrome le plus net du puérilisme mental. Elle se mit à affecter les manières, le ton et le langage d'une petite fille, demanda des poupées et se comporta, pendant plusieurs mois, comme une enfant.

Je n'ai observé cette vieille démente que dans la dernière période des manifestations du syndrome ; c'est à ce moment que j'ai prié M. Bessin de fixer avec son crayon l'aspect de la malade. L'artiste, qui a déjà donné au monde médical tant de preuves de son talent, m'a livré de son modèle un portrait si exact et si vivant, que je le considère comme l'étude la plus pittoresque et la plus démonstrative du puérilisme démentiel sénile. Je remercie mon ami M. Meige de l'avoir jugée digne de figurer dans cette *Iconographie de la Salpêtrière*, où l'observation clinique trouve dans le document plastique la vérité et l'animation de la vie.

1. — J'adresse ici mes plus vifs remerciements au professeur Brissaud pour l'amabilité avec laquelle il m'a signalé l'intérêt et abandonné l'observation de cette malade, que j'ai étudiée dans son service de l'Hôtel-Dieu.

On aperçoit, sur ce croquis, outre les signes de la décrépit sénile et l'expression mimique de la démence, les marques l'hémiparésie gauche et le reflet, sur le visage, de la satis tion béate qu'éveillent chez la vieille démente la vue e maniement de sa poupée.

Les progrès assez rapides de la démence diminuèrent de en plus, chez la malade, les manifestations de l'activité psy que, si bien que s'effacèrent chez elle progressivement traits du tableau clinique. Aujourd'hui, la malade, absolu démente, est incapable de répondre à aucune question, et automatiquement avec ce qui reste de ses poupées. Mais, dant quelques semaines, dans la période qui suivit l'ictus, o cette octogénaire manifester les allures, les goûts et le lan d'une petite fillette, dont elle avait adopté également l'int

tion et la mimique, et mériter ainsi par sa conduite et la justesse de ses jeux, le surnom de la *vieille aux poupées*. Les vieilles aux poupées ne sont pas exceptionnelles dans les Asiles d'aliénés et les hospices de vieillards, et, à l'occasion de ma communication au Congrès de Bruxelles, le Dr A. Marie insistait sur la fréquence et l'intérêt de cette modalité clinique de la démence sénile.

J'ai insisté ailleurs[1] sur les différents aspects que confère au tableau clinique des démences en général, la combinaison, dans le processus démentiel, d'un puérilisme et des diverses modalités pathologiques du ton affectif, avec les états d'excitation et de dépression, ou avec cette altération particulière de l'humeur, désignée sous les termes de morio, de witzelmeht ou d'euphorie joviale.

Le diagnostic du puérilisme démentiel sénile s'impose par le caractère même des manifestations du syndrome. On dit communément des déments séniles qu'ils retournent à l'état d'enfance. Mais entre le *retour à l'enfance des vieillards* affaiblis et le *puérilisme sénile* n'existe qu'une analogie de mots. Le dément sénile ne ressemble, en effet, aucunement à l'enfant ; il lui est seulement assimilable par bien des côtés de la vie pratique, et c'est cette assimilation que prétend seulement proclamer la langue populaire, en confondant dans le terme d'*enfance* la mentalité des deux âges extrêmes de la vie. Le vieillard affaibli rappelle l'enfant par la versatilité capricieuse de l'humeur, la futilité et l'illogisme de ses joies et de ses colères, les manifestations instinctives et cyniques de son égoïsme, la matérialité de ses appétits, etc. ; il le rappelle surtout parce que, comme lui, il est incapable de se diriger seul, de se conduire par lui-même, de s'habiller, de se nourrir, sans le secours et l'assistance d'autrui ; la décadence progressive et globale des facultés psychiques réalise alors dans le vieillard un état d'infirmité sociale, assimilable à l'état de minorité physiologique de l'enfance. Chez les vieillards atteints de puérilisme démentiel on retrouve, plus ou moins accusés, ces caractères propres au syndrome démence, mais on observe, en

1. — E. Dupré : *Psychopathies organiques*, in *Pathologie mentale de Bullot* (Article Tumeurs cérébrales).

outre et en dehors d'eux, les symptômes psychopathologiqu propres au syndrome puérilisme, qui se résument dans u régression de la personnalité psychique à son stade infantile.

Le secret pathogénique d'une si curieuse altération de personnalité nous échappe complètement. Un rapprochem s'impose cependant, à propos des modalités démentielles puérilisme, entre celui-ci et la loi de l'involution sénile de mémoire, formulée par Ribot. Lorsque l'on réfléchit au r primordial joué par la mémoire dans l'édification de la person lité, on peut imaginer que le syndrome du puérilisme trouve conditions particulièrement favorables à son opposition dans double fait qui domine la psychologie sénile : disparition souvenirs récents et des dernières acquisitions de la vie, d côté et, de l'autre, réapparition des souvenirs anciens et rés rection singulièrement vivace et tyrannique, devant la conscie appauvrie, de la vie enfantine, dans toute la spontanéité in rieure et primitive de ses manifestations.

M. TATY, *Chef des Travaux de Médecine mentale,* M. GIRAUD, *Préparateur au Laboratoire de Médecine ment de la Faculté de Médecine de Lyon.*

**Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleuse ch une idiote aveugle-née.** — Nous avons examiné, au la ratoire du professeur Pierret, le système nerveux central d'u jeune idiote aveugle-née, transférée à l'âge de 14 ans d'un A d'aveugles dans le service de M. le Dr Viallon, Médecin-Chef l'Asile de Bron, à l'obligeance duquel nous devons la rem des pièces anatomiques. L'enfant, porteur d'un leucôme dou entraînant une cécité complète était, à l'entrée, idiote, gâteu aveugle, sans surdité ni paralysie et elle proférait quelques c Atteinte en outre de tuberculose pulmonaire à un degré avan elle succombait très peu de temps après son placement à l'As

Macroscopiquement le cerveau ne présentait d'autre altérat qu'une atrophie des voies optiques plus marquée à gauc L'examen nécroptique des yeux, fait par M. le Dr Louis D chef des travaux de clinique chirurgicale, avec sa compéte spéciale, a montré que l'œil gauche était le plus atteint. Cet présentait un leucôme avec staphylôme antérieur, dilatat considérable des procès ciliaires, disparition du cristal

disparition de la rétine, excavation profonde de la papille. L'œil droit était également atteint de leucôme, mais le cristallin n'avait pas entièrement disparu ; il y avait peu de distension des procès ciliaires, pas de staphylôme, pas d'excavation papillaire, mais seulement un peu d'atrophie ; la rétine existait. En résumé, il s'agissait d'une ophtalmie purulente bilatérale de la première enfance avec glaucôme à gauche.

L'examen microscopique des *hémisphères cérébraux* a montré que dans les lobes frontaux le nombre des cellules est très diminué. Beaucoup d'éléments sont réduits au noyau. Les quelques cellules qui ont conservé leur forme caractéristique sont atrophiées et leurs dimensions sont réduites à environ la moitié de la normale. Ces lésions sont très marquées dans le pôle frontal, un peu moins vers le pied des circonvolutions frontales.

Dans la zone rolandique, les cellules sont visibles en assez grand nombre, mais la plupart sont érodées par des lymphocytes fortement colorés. On y rencontre quelques cellules pyramidales de très grande dimension fortement échancrées, dont on peut suivre le prolongement de l'apex à travers deux ou trois champs du microscope.

Les éléments sont mieux conservés dans le lobe temporal ; leur protoplasma prend mieux la couleur ; il existe également quelques grandes cellules à aspect multipolaire ayant conservé un noyau et un nucléole. Les gaînes vasculaires sont légèrement infiltrées ; il y a également plus de lymphocytes épars dans les préparations.

Dans le pli courbe, les éléments cellulaires sont reconnaissables et relativement assez nombreux ; mais ils le sont moins que dans le lobe temporal et leur degré de conservation est moindre.

C'est dans le lobe occipital que les cellules sont le plus altérées, au point de se laisser difficilement reconnaître. La lésion est à son apogée dans les *scissures calcarines*, et il ne nous a pas été possible de constater de différence entre l'altération des scissures calcarines droite et gauche. Sur les deux lèvres de chaque scissure, dans toute la profondeur de la couche corticale, on ne peut reconnaître *aucun élément cellulaire*. Toute l'épaisseur du cortex est occupée par des noyaux dont on peut

préciser l'origine cellulaire parce qu'ils sont logés dans espace, trace de l'espace d'Obersteiner primitif, à la périphé duquel ils sont reliés par de minces filaments. Ces noyaux s eux-mêmes atrophiés, transformés en une masse uniformém et fortement colorée dans laquelle on ne retrouve pas nucléole. L'altération se prolonge sur le cunéus et le lo lingual. L'état de ce dernier se rapproche de celui des aut circonvolutions occipitales. Sur le cunéus on voit réapparai quelques formes cellulaires à environ 2 à 3 millimètres de scissure.

Dans le *cervelet*, nous avons examiné tant par coupes isol que par coupes d'ensemble les hémisphères cérébelleux, vernis et la pyramide de Malacarne. Toutes ces régions s malades.

Les lésions, de même caractère que les lésions cérébrales semblent moins avancées, en ce sens qu'on peut reconnai dans un certain nombre de points les différents éléments car téristiques, cellules étoilées, cellules de Purkinje et grai Mais tous ces éléments sont atrophiés et raréfiés. Ainsi rencontre parfois seulement deux ou trois cellules de Purki par champ ; dans d'autres points, on trouvera 6 à 7 élémer Ces cellules ont des dimensions un peu supérieures à celles l'enfant nouveau-né ; les mieux conservées ont à peu p les 2/3 de la dimension des cellules normales d'une jeune f de 15 ans, prises pour terme de comparaison. Elles sont général angulaires, pâles ; les noyaux sont rétractés, prenn fortement la couleur et le nucléole, à l'inverse de ce qui a l d'ordinaire, a une tendance à ne pas se colorer.

On constate, dans la couche moléculaire, l'existence de qu ques grandes cellules appartenant au type des Purkinje, n à formes plus effilées, à contours très bien dessinés et à no allongé.

Les grains sont atrophiés, leur diamètre est à peu près moitié de celui des grains normaux ; ils se colorent mal et d' façon diffuse. La couche granuleuse est elle-même dimin d'épaisseur.

M. le Dr Louis Dor nous ayant signalé le fait constaté par de l'atrophie du *flocculus* ou lobule pneumogastrique du cerv chez les lapins auxquels on a pratiqué l'énucléation de l'

nous avons examiné les flocculus droit et gauche de notre sujet.

Le flocculus gauche nous a paru macroscopiquement plus petit que le droit et atteint microscopiquement de lésions plus avancées. La coloration des cellules a été très difficile à obtenir ; on n'a pas pu mettre en évidence de cellules étoilées. Quant aux cellules de Purkinje, dans un très grand nombre de points elles n'étaient pas apparentes et le point que nous avons dessiné est un des rares où elles existent. Les grains y sont également plus petits et plus pâles. Le flocculus droit est également très altéré, mais moins que le gauche et ses lésions ne nous ont pas paru différer sensiblement de celles des autres points du cervelet.

Nous présentons à l'appui de cette description nos préparations et onze figures dessinées dans les conditions habituelles de notre laboratoire (ocul. 6 obj. 6 stiasthie ; détails à l'immersion 1/10e ou à l'obj. 8 sec ; longueur de tube : 160) et par conséquent rigoureusément comparables entre elles. Quatre de ces figures reproduisent les circonvolutions 3e frontale, vers le pied, pli courbe, 2e temporale et la scissure calcarine de notre sujet, trois autres, les flocculus droit et gauche. A titre de comparaison nous y avons joint quatre figures donnant l'aspect et les dimensions des cellules normales de l'homme (décapité) 1re frontale et malade d'hôpital non aliéné : (scissure calcarine) ainsi que le cervelet d'un nouveau-né pseudencéphale et d'une jeune fille normale de 15 ans.

La lésion très considérable des scissures calcarines y est très apparente. Il nous a semblé intéressant de montrer que cette lésion pouvait être facilement reconnue même dans un cas où les lésions corticales sont très générales, très étendues et très avancées. Notre examen justifie de tout point les idées de Henschen dont nous avons eu l'occasion d'étudier l'œuvre *(Pathologie des Gehirns)* grâce à l'obligeance de M. le Dr Dor père, que nous tenons à remercier ici. Les lésions de destruction cellulaire qui ont entraîné la disparition totale dans les scissures calcarines vont en diminuant, à mesure qu'on s'en éloigne, dans les circonvolutions occipitales et l'état du pli courbe n'est pas sensiblement différent de celui du reste du cerveau.

La destruction cellulaire est minima dans les régions rolandiques et surtout temporales. C'est aussi dans ces régions qu'on

peut constater une infiltration péricellulaire et périvasculaire semble qu'on puisse suivre dans tout ce cerveau les traces d tructrices de deux processus, l'un, ancien, ayant frappé t l'organe avec prédominance dans les zones visuelles et p être le pôle frontal, en respectant relativement les zones motr et auditives, l'autre, récent, qui se révèle par les caractères inflammations subaiguës (infiltrations péricellulaires et périv culaires), caractères que l'on peut observer seulement dans régions qui avaient résisté à la première attaque et dans points où les éléments avaient conservé une vitalité suffis pour réagir devant le processus infectieux terminal.

Nous retiendrons également la participation du cervelet processus morbide, avec les caractères que nous avons const ment observés dans les recherches faites au laboratoire l'anatomie pathologique de cet organe. *(Thèse de Bridier, 1 Essai sur l'Anatomie pathologique des Démences. — Com nications de Taty et Jeanty, sur les lésions du cervelet che paralytiques généraux. Congrès de Bruxelles, 1903. Thès Jeanty. Lésions du cervelet chez les paralytiques généraux idiots et dans les encéphalo-méningites aiguës, 1903.)* Le velet reproduit les altérations cérébrales avec un retard l'évolution et une diminution dans l'intensité, soit, pour n cas, atrophie et destruction cellulaire sans infiltrations inf matoires. Quant à la localisation du sens visuel dans le cerv nous nous bornerons pour le moment à noter le fait de l' tence du maximum des lésions dans le flocculus du même que l'œil le plus malade, sans y insister davantage et réserve de vérifications ultérieures dans des cas plus dém tratifs, si tant est qu'il soit possible de parler de localisat dans un organe aussi complexe, aussi étroitement relié toutes ses parties aux autres centres, et aussi évolué qu cervelet humain.

M. COULONJOU, *Médecin-Adjoint à l'Asile des al d'Alençon (Orne).*

**Quelques réflexions sur l'étiologie de la Paral générale dans le département de l'Orne.** — Je d apporter au Congrès une constatation qui m'a impressionn sujet de la proportion très réduite de paralytiques géné

traités à l'Asile d'Alençon, auquel j'appartiens. Tandis que la plupart des Asiles français comptent une moyenne de 10 à 15 et jusqu'à 30 °/₀ de paralytiques généraux, l'Asile de l'Orne n'en compte que 2 °/₀.

Cet Établissement a une population de 580 malades, et, dans ce nombre, il y a seulement 11 paralytiques généraux.

J'avais d'abord pensé que c'était là un effet du hasard et que l'année avait été heureusement favorisée ; mais, en étendant mes recherches à toutes les admissions des 15 dernières années, j'ai pu constater que cette proportion n'avait jamais été dépassée. Remarquons que l'Asile de l'Orne ne recevant pas d'aliénés de la Seine est exclusivement peuplé de Normands.

Jusqu'à ce jour, mes diverses observations d'une part, d'autre part les plus récentes conclusions des auteurs sur la matière me paraissaient confirmer l'hypothèse de la nature toujours spécifique ou para-spécifique de la paralysie générale. Je cherchai donc à savoir si la rareté des paralytiques généraux dans l'Orne était due à une moindre proportion de syphilitiques ; dans ce but, j'ai demandé à plusieurs de mes confrères praticiens les plus chargés de clientèle du Département quelques renseignements sur la fréquence de la syphilis ; ils m'ont tous répondu que si le « mal français » était rare autrefois en Normandie, il était aujourd'hui fort répandu, et que les paysans eux-mêmes fournissaient un contingent moyen. D'autre part, les statistiques établissent que le département de l'Orne est un de ceux où l'alcoolisme est le plus répandu ; l'usage de l'eau-de-vie de cidre du *Calvados* est passé à l'état de besoin ; les plus pauvres en achètent plutôt que du pain ; on y voit couramment servir aux enfants à la mamelle de la « soupe à l'eau-de-vie ». Les résultats de cette intoxication globale sont terribles et ont été envisagés à bien des points de vue ; en ce qui concerne notamment la stérilité de la descendance, l'action est remarquable : l'Orne est la région où les naissances sont les plus rares et où la dépopulation progresse le plus rapidement. Si nous envisageons les maladies mentales dues à l'action de l'alcool, il m'est permis d'affirmer que les deux tiers des placements d'office opérés à l'Asile d'Alençon sont dus à des formes d'alcoolisme : la confusion hallucinatoire domine, le délire des persécutions non systématisé, les états d'affaiblissement infec-

tieux, les dépressions simples ou anxieuses, les démer rapides composent le reste du contingent ; et toujours il r avéré que le sujet faisait des abus de cidre ou d'eau-de-vie, les Normands considèrent encore comme un aliment nécessa Malgré ces deux constatations, établissant, d'une part, qu syphilis atteint la même fréquence qu'ailleurs, d'autre part, l'alcoolisme fait des ravages certainement plus terribles, r observons que la paralysie générale est, dans l'Orne, de cir dix fois moins répandue que dans les autres régions. Je certes pas la prétention de tirer de ce fait une règle e vouloir infirmer par lui seul tous les travaux et les conclus longuement étudiées des plus autorisés de nos maîtres. Il paraît suelement qu'avant d'établir une loi, dans ces quest si difficiles et si peu documentées de l'étiologie des maladie système nerveux, il serait bon de réunir un ensemble de st tiques sérieuses où l'on tiendrait compte des divers facteu des résultats certains ; on s'apercevrait peut-être souvent l'absolutisme doit être soigneusement évité.

Ainsi, à moins d'admettre que certaines syphilis seulen ou certaines formes d'alcoolisme, peuvent engendrer la para générale, ce qui n'est pas absurde, d'ailleurs, le fait que je apporte jusqu'à plus amples informations, ne permettrait-il de penser que l'étiologie de la paralysie générale n'est uni ment gouvernée ni par la syphilis, ni par l'alcoolisme ? D' part, les lésions de la paralysie générale sont essentielle des lésions d'*usure*. C'est la méningo-encéphalite qui don c'est, de plus, la diffusion. Toutes les altérations que découvre et que l'on peut suivre dans leur marche progres épaississement et adhérences des méninges, encéphali ramollissement de la couche corticale, atrophie, liquide triculaire, granulations ; lésions microscopiques : augment des cellules névrogliques, diminution des éléments n (cellules et fibres nerveuses), diapédèse leucocytique, caractéristiques d'une sclérose. Elles témoignent, soit suractivité fonctionnelle exagérée, soit d'une incapacité l'organe nerveux de supporter, à un moment donné, un t normal. Il semble rationnel d'admettre, *a priori*, que cause de surmenage puisse entraîner, dans le cerveau, c dans le foie ou le rein, une suractivité, génératrice de sclé

ici, comme ailleurs, l'organe supportera d'autant mieux le surcroît de travail, qu'il sera héréditairement plus valide ou personnellement plus exempt de causes déprimantes, telles que les infections et les intoxications. Ainsi se comprendraient comme grands facteurs *prédisposants* l'hérédité neuro-arthritique, d'un côté, la syphilis et les poisons, de l'autre. Inversement, lorsqu'il s'agit d'un cerveau valide, non entaché de tares dégénératrices, non surmené par un travail inaccoutumé, n'est-il pas hypothétique d'affirmer que la syphilis seule ou l'alcool peuvent faire éclore la paralysie générale? On comprendrait ainsi que certaines contrées, comme le département de l'Orne, où il y a de la syphilis comme partout et de l'alcoolisme plus que nulle part, soient presque exemptes de paralysie générale. C'est qu'en effet, l'on y cultive normalement l'amour, exagérément la bouteille, mais fort peu l'organe pensant. On s'y méfie encore des progrès de la civilisation (je parle ici, bien entendu, de la population rurale). L'éclosion des idées larges, des maximes libérales, vrai critérium de la culture intellectuelle, a quelque peine à s'y produire. Or, s'il est des maladies dont l'extension et la gravité suivent une courbe parallèle à celle de la civilisation, la paralysie générale doit, sans conteste, tenir le premier rang. On ne saurait affirmer qu'elle a été créée de toutes pièces, puisque d'anciennes descriptions cliniques paraissent en reproduire certains symptômes, mais il n'est pas douteux qu'elle trouve dans les conditions de vie actuelle, en même temps que grâce aux intoxications plus faciles, tous les éléments de sa genèse. Les statistiques nous apprennent qu'elle est inconnue chez les sauvages ; elle s'y implante avec la civilisation ; en Algérie, le Dr Meilhon a constaté que, seuls les Arabes qui vivaient à l'Européenne la contractaient ; la même règle a été établie pour les nègres de Cuba, par Mûnoz. En Europe, c'est dans les États du Centre qu'elle est la plus fréquente, et il nous paraît qu'en France même, on peut relever des différences entre les diverses régions, et constater que la maladie est d'autant plus commune que l'on considère une contrée plus civilisée. Je ne veux pas parler des agglomérations ; il est bien entendu que les villes fournissent toujours un contingent plus fort, de même qu'elles offrent un pourcentage bien plus important des maladies qui reconnaissent pour cause

la contagion, l'épidémie, les divers germes ou la mauva hygiène.

Mais en comparant les statistiques des diverses contrées, peut se convaincre que celles qui mènent la vie intellectu la plus active sont aussi celles qui comptent le plus de paraly générales. Ce résultat ne nous étonnerait plus si, pour la gen de cette maladie, qui nous présente des lésions *d'usure,* n faisions intervenir un facteur d'*usure cérébrale.* Cette us cérébrale, nous la voyons toujours en relations avec le sur nage, conséquence nécessaire de la lutte pour la vie, et c aussi chez les heureux (?) peuples qui se contentent d' existence matérielle, que l'on ne rencontre pas de paral ques généraux.

J'ai tenu, Messieurs, à vous apporter ce résultat de ma sta tique, et les simples réflexions qu'il m'avait suggérées.

**Discussion :**

M. le Dr RÉGIS, *de Bordeaux.* — Le travail de M. Coulor constate un fait qui n'est pas nouveau et il y a longtemps les Médecins d'Asile ont signalé cette particularité que la p lysie générale dans les Asiles pouvait être rare dans cert pays. Et cela a été un des principaux arguments opposé l'étiologie, non pas constamment, mais plus fréquemment sy litique, de la paralysie.

M. Coulonjou rappelait le travail de M. Meilhon sur la ra de la paralysie chez les Arabes. Il y en a d'autres et je cite c de M. Vasi chez les Serbes ; or, si cet argument a été opp depuis de longues années, on n'a pas hésité à y répondr c'est cette réponse que j'ai faite, et que je demande de rep duire pour ceux qui s'imaginent qu'il suffit de la syphilis p faire de la paralysie générale. Assurément, l'argument pa de haut, de telle sorte qu'il fallait s'incliner. Mais l'on est que la paralysie doit être en parallèle avec la fréquence d syphilis ; évidemment, partout où l'on constate que la paral est rare, on peut dire que la syphilis n'est pour rien ou pour de chose dans l'étiologie.

Mais les partisans les plus convaincus, et je me range pa ceux-là, n'ont jamais exprimé une telle opinion ; ils ont touj

déclaré, au contraire, qu'un syphilitique ne devenait paralytique général qu'avec l'appui de cette prédisposition qu'invoquait M. Deny, à propos de la démence précoce.

J'ai toujours dit et j'ai toujours formellement déclaré que pour faire un paralytique général il fallait deux choses : la prédisposition cérébrale et la syphilis ensuite ; la syphilis existe, mais la prédisposition cérébrale, où est-elle? Or, la statistique dit que la paralysie est en rapport de fréquence avec l'intensité de civilisation.

M. Coulonjou parlait de la civilisation. Oui, mais comme je le disais, il faut deux choses pour faire de la paralysie générale ; or, quel que soit le degré, la paralysie générale doit être d'autant plus fréquente que la civilisation est plus avancée, et d'autant moins que la civilisation est moins avancée. Et voilà pourquoi, dans l'Orne, il peut y avoir beaucoup de syphilitiques et peu de paralytiques généraux.

A cela il y a la contre-partie : la syphilis peut être fréquente dans un pays alors que la paralysie générale y est rare, c'est entendu.

L'explication que l'on peut donner, je viens de la formuler, mais ce qu'on ne constatera jamais, et qu'on n'a jamais constaté, c'est la paralysie générale fréquente dans un pays à syphilis rare ; cela je ne le connais pas, mais le jour où on m'apportera des statistiques établissant qu'il existe dans un Asile 25 °/₀ de paralytiques généraux alors que la syphilis est rare dans la contrée, je m'inclinerai.

En revanche, si on ne peut pas faire cette constatation pour la syphilis, on la fait généralement en ce qui concerne l'alcoolisme.

Non seulement on peut constater que la paralysie générale peut être rare dans un pays à alcooliques très fréquents, mais on constate aussi que la paralysie générale peut être de même très fréquente dans un pays à alcoolisme rare. Je cite Bordeaux, je pourrais citer d'autres pays vinicoles où il n'y a pas d'alcoolisme et où il y a des paralytiques. Pourquoi ? parce qu'il y a beaucoup de syphilitiques ; à Bordeaux, la proportion de paralytiques généraux alcooliques est très minime. Il y a beaucoup de paralytiques généraux, mais très peu d'alcooliques, 6 °/₀ environ ; de sorte qu'il y a une divergence absolue entre la

fréquence de la paralysie générale et la fréquence de l'alcc lisme.

Et je résume :

On peut constater, dans certains pays, que la paralysie gér rale est rare dans une population où la syphilis et l'alcoolisı sont fréquents, mais on ne constate pas de paralysie génér fréquente dans des pays à syphilis rare. De même, l'on const des paralysies générales dans des pays où l'alcoolisı n'existe pas.

M. CULLERRE, *de la Roche-sur-Yon.* — M. Régis a dit bea coup mieux que je ne l'aurais fait moi-même la plupart d objections que j'aurais eu à faire ; seulement je voudrais ajout deux mots pour appeler votre attention sur une erreur gra que me paraît commettre M. Coulonjou, en croyant qu'il n'y que dans l'Orne où les paralytiques généraux sont rares. Ma dans tous les Asiles de province il en est de même ; moi je n' ai pas plus de 10 °/₀, mais ils sont tous syphilitiques, tandis q sur 100 de paralysie simple, pas un n'est syphilitique. Si considère la nature des malades qui sont paralytiques, je rema que que la syphilis joue un rôle important. Les paralytiques ı sont que des marins, des soldats ou des prostituées, et, da ces conditions, il est évident que la syphilis doit jouer un rô important et même capital.

Le surmenage joue également son rôle, non seulement phys que, mais cérébral ; le surmenage du système nerveux to entier ; cependant, la syphilis est à la base de ces paralysi générales.

Voilà ce que je tenais à dire.

M. LALANNE, *Le Bouscat (Gironde).* — Je voudrais m'ass cier à ce que viennent de dire MM. Régis et Cullerre.

J'ai fait la statistique des alcooliques passés dans ma maisc comme l'avait fait M. Régis lui-même.

Nous avons trouvé un très petit nombre d'alcooliques ; je cro que dans dix ans j'en ai relevé 16, tandis que nous relevoı 15 à 20 °/₀ de paralytiques généraux chez lesquels nous const tons généralement de la syphilis.

Nous aussi, nous avons constaté qu'il y a une espèce d'ant

gonisme entre la paralysie et l'alcoolisme ; nous avons eu des malades qui arrivaient avec tous les symptômes des paralytiques généraux et qui, plus tard, s'amélioraient et même guérissaient ; c'étaient des malades qui étaient simplement alcooliques.

C'est un fait intéressant à signaler, et qui peut quelquefois mettre sur la voie de recherches importantes.

Maintenant comme il est dit qu'il faut aller toujours plus loin que son maître, je vous dirai que, pour ma part, je crois qu'il n'y a pas de paralysie générale sans syphilis. Et je me base sur cette observation importante, c'est que depuis 59 ans que ma maison existe, nous avons eu cinq femmes paralytiques et que toutes les cinq étaient des syphilitiques.

Personnellement, j'en ai observé une qui était aussi syphilitique ; or si, comme le disait notre collègue, on pouvait invoquer, dans l'étiologie de la paralysie générale l'usure cérébrale, il est fort possible que bien des femmes, dans 59 ans, auraient pu être soignées et qu'il n'y aurait pas eu que cinq femmes paralytiques générales.

Professeur BRISSAUD, *de Paris*. — En ce qui concerne l'influence de milieux, il y a d'autres statistiques qui ont été présentées ces derniers temps ; les unes, par Matignon, les autres par Gensen. M. Matignon a séjourné longtemps, vous le savez, à la légation de France à Pékin ; là, il a fait sur la syphilis et la paralysie générale, des observations très remarquables et particulièrement intéressantes. Eh bien, il n'a pas vu de paralysie générale syphilique chez les chinois, parmi lesquels cependant la syphilis est fréquente. M. Gensen, qui a eu une mission de 11 mois, a vu des syphilis en quantité, mais n'a pas vu un seul cas de paralysie générale.

Pour ce qui est de la fréquence de la paralysie générale chez la femme, elle est bien moindre que chez l'homme, mais je sais qu'il y a des Asiles dans lesquels on n'a pas connu un seul cas de paralysie générale qui ne fut pas syphilitique ; je n'en connais moi-même pas un seul.

Il n'en est pas de même de la paralysie générale masculine.

M. Barbanda, au Congrès de Madrid, nous a dit que lui non plus n'a pas trouvé de cas de paralysie générale qui fut survenu sans syphilis.

Un élève de M. Pierret a présenté une observation intér sante d'un paralytique général avarié qui avait été admis à l'As avec un chancre infectieux et c'est dans l'Asile qu'il a vu évolu la syphilis secondaire. A quoi on pourrait objecter : la syph est-elle capable ou non de récidiver ? Je ne dis pas non, ma en ce qui me concerne, je n'ai pas vu un seul cas récidiv Je demanderai à M. Coulonjou qu'elle est la proportion paralytiques généraux syphilitiques dans l'Orne.

M. COULONJOU, *d'Alençon.* — Sur les 11 seuls cas qui ex tent à l'Asile, je suis certain que 4 au moins ne sont pas syph tiques.

Professeur BRISSAUD, *de Paris.* — 4 sur 11, cela fait 40 110, c'est-à-dire un peu moins de 40 °/₀, 36 °/₀ environ, ce qui une proportion de non syphilitiques considérable. Cela fait p d'un tiers, tandis que la proportion de M. Régis est plus con dérable et que celle de M. Lalanne l'est plus encore ; tout c par différence de milieux. Il en résulte que votre proport dans l'Orne est excessivement faible.

M. COULONJOU, *d'Alençon.* — Je n'ai pas voulu tirer conclusion définitive de mes observations ni chercher à infirm celles de nos maîtres ; je dis seulement que, dans certains c il m'a semblé que la syphilis ne suffisait pas.

Évidemment cette théorie n'est pas nouvelle ; mais j'ai utile d'invoquer, à l'appui de ses allégations, le cas du dépar ment de l'Orne, où la culture intellectuelle est fort en retard. ne suis point du tout de ceux qui cherchent à nier l'influe énorme de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie génér A mes yeux, une théorie éclectique, qui fait une part non mo considérable aux facteurs d'usure cérébrale, permet de mi interpréter des faits comme celui que je vous rapporte. V tout ce que j'ai voulu dire.

M. DOUTREBENTE, *de Blois.* — Je voudrais demander à Coulonjou s'il a essayé dans ses interrogatoires d'un subterf dont je me sers et qui me réussit presque toujours.

Certainement, au début, la proportion des syphilitiques

l'Asile de Blois était inférieure à la sienne. C'est à ce moment-là que j'employai cette ruse : je demandais aux parents si le malade était syphilitique, et lorsqu'ils me déclaraient fermement que le malade n'était pas atteint de syphilis, je leur disais : « C'est regrettable, c'était la seule chance de salut que vous eussiez. » A la suite de cela, je prescris le traitement que vous pratiquez tous. J'ai obtenu, dans presque tous les cas, des renseignements précis qui m'ont permis de trouver ce que je n'avais pas obtenu. Quant à la proportion des paralytiques à l'Asile de Blois, elle est très faible ; ainsi en ce moment, parmi les hommes dangereux, je n'ai que deux paralytiques ; chez les femmes je n'ai qu'un seul cas ; c'est une professionnelle de la prostitution. Par contre, dans la maison de santé, aux pensionnaires, chez les femmes, dans la classe bourgeoise, je n'ai pas un seul cas de paralysie générale et, depuis 25 ans, je n'en ai vu qu'un. Cette femme, je suis sûr qu'elle a eu la syphilis, c'est un de mes anciens camarades de collège, qui était son mari, qui me l'a affirmé. Donc le seul cas que j'ai eu c'est chez une femme syphilitique.

Par contre la proportion chez les hommes est considérable.

Pour l'alcoolisme, lorsque je suis arrivé, il y a 25 ans, à l'Asile de Blois, la proportion des alcooliques dans l'Asile était à peu près nulle (1 à 1 1/2 °/₀). C'était alors un pays vinicole ; malheureusement, le phylloxera est venu, a tué nos vignes et actuellement l'alcoolisme sévit à raison de 17 °/₀, de sorte qu'en 25 ans, l'alcoolisme a augmenté de plus de 15 °/₀.

Dr René CRUCHET, *Chef de Clinique à l'Université de Bordeaux.*

**Formes cliniques des tics unilatéraux de la face.** — D'une manière générale le *tic* est caractérisé par la répétition intempestive et inutile de secousses musculaires brèves et brusques, occupant soit un muscle isolé soit des groupes déterminés de muscles, groupes musculaires associés pour produire une grimace, un sourire, un geste ou un ensemble de mouvements plus complexe [1].

1. — Voir la communication de notre maître le professeur Pitres, au Congrès de Grenoble, en 1902 ; voir également notre *Étude clinique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique* (Thèse de Bordeaux, 1901-1902), ainsi que notre communication au Congrès de Grenoble de 1902 sur *les tics en général.*

Nous ne voulons nous occuper ici que des tics unilatéraux la face qui, par leur fréquence et leurs caractères variés, offr pour le clinicien un intérêt particulier.

Les tics unilatéraux de la face peuvent se grouper sous tr grands ordres étiologiques, suivant qu'ils sont :

*a)* D'ordre réflexe douloureux ou non douloureux ;
*b)* D'ordre organique paralytique ou non paralytique ;
*c)* D'ordre professionnel.

Nous aurons ainsi à considérer successivement dans les t de la face cinq formes cliniques principales :

1° Le tic réflexe douloureux ;
2° Le tic réflexe non douloureux ;
3° Le tic organique non paralytique ;
4° Le tic organique post-paralytique ;
5° Le tic professionnel.

— I —

1° Tic douloureux. — Le tic douloureux est une des form les plus remarquables du tic unilatéral de la face.

On en connait bien les signes généraux. La physionomie sujet ne présente en dehors des crises rien de particulier signaler : tous les mouvements de la mimique s'effectuent av leur aisance habituelle, puis soudain, soit spontanément s provoquée par différents actes (paroles, mastication, bâillemei contact du rasoir, etc.), la crise éclate.

Elle est caractérisée par l'apparition brusque de douleurs c surgissent dans une partie localisée de l'hémiface et s'irradie ensuite à toute la moitié du visage. L'épine douloureuse e fixée généralement dans la mâchoire supérieure ou dans mâchoire inférieure, au niveau d'une dent ou sur le rebo alvéolaire, dans une commissure labiale ou la portion inter de la joue qui avoisine cette commissure, à la base d'une nari ou sur l'os de la pommette, et plus rarement au niveau du me ton ; de ces divers points, les irradiations douloureuses dirigent dans toute la région malaire, dans l'œil, la région su orbitaire, le front, vers la tempe et vers l'oreille, gagnant mên parfois la moitié de la langue.

Sur un fond de douleur sourde et continue, mais supportable, que les malades comparent à des fourmillements, picotements, rongements, à une sensation de brûlante cuisson, se surajoutent ou surviennent d'emblée des paroxysmes douloureux abominables : ce sont des élancements en éclairs, des jets de feu, des courants électriques, des sensations de dilacération vive des chairs ou d'arrachement violent, ce sont comme des lames de couteau s'enfonçant sans merci à travers le visage, tous phénomènes paroxystiques affreux, intolérables, qui ne cessent qu'avec la crise.

En même temps que la crise apparaissent les secousses cloniques constituant le tic proprement dit : le plus souvent ce sont de petites secousses brèves au niveau d'une commissure ; la commissure est tirée brusquement en haut et la bouche, comme dans un cas du professeur Pitres, rapporté par notre ami Henri Verger [1], s'ouvre convulsivement, en dessinant une raquette dont la partie élargie est tout entière formée par la moitié malade des lèvres. Assez souvent ce mouvement alternatif d'ouverture et de fermeture buccale s'accompagne d'un bruit de mâchonnement. Fréquemment, la contraction musculaire s'étend : on voit l'œil cligner et toute la moitié de la face se tordre en une grimace unilatérale complète qui se reproduit, coup sur coup, tant que dure la crise.

Puis la douleur cesse, le visage se détend aussitôt, les secousses du tic s'arrêtent brusquement ; la crise est terminée.

Cette crise dure de quelques secondes à deux ou trois minutes ; elle est rarement unique ; à une première crise succède généralement pendant plusieurs jours une série de crises survenant à des intervalles variés, selon les sujets (quinze, trente minutes, une heure, deux, trois ou quatre heures), s'exacerbant pendant le jour pour s'atténuer la nuit. Après cette période d'acuité, les crises cessent quelques semaines, quelques mois ; puis à cette accalmie fait suite une nouvelle période de crises qui dure plus longtemps que la précédente et qui est suivie à son tour d'une nouvelle période d'accalmie plus courte que la première. A mesure que la maladie progresse, les périodes de crises devien-

1. — H. Verger : *Essai de classification de quelques névralgies faciales par les injections de cocaïne « loco dolenti »* (travail de la Clinique de M. le Professeur Pitres). *Revue de Médecine*, janvier 1904, p. 69.

nent de plus en plus longues, les périodes d'accalmies de en plus courtes; il arrive un moment où les crises sont su trantes, se succèdent à dix, cinq, trois, deux minutes d'interv persistent ainsi des semaines, des mois, voire des années, pêchent tout travail, obligent à parler peu, à mastiquer le m possible, à ne boire ni trop chaud ni trop froid, à fuir le moi courant d'air et troublent même le sommeil.

On voit donc que le tic douloureux, à en juger simplen par ce qui précède :

1° Survient par crises entre lesquelles la physionomie absolument indemne et où les mouvements de tous les mus du visage sont d'une intégrité parfaite. Pendant tout l'interv qui sépare les crises — même rapprochées — la face ne prés pas le moindre tic ;

2° Le tic est manifestement provoqué ou exagéré par tous actes qui mettent en jeu les muscles de la face et mêm pharynx : parole, chant, bâillement, hoquet, déglutition, m cation, acte de se moucher, rire, colère, anxiété, etc. ;

3° L'attention du sujet ou sa distraction n'ont aucun effet le tic ;

4° Il en est de même des diverses attitudes du sujet, qu'il assis, debout ou étendu dans le décubitus horizontal ;

5° Le sommeil n'a pas davantage d'action sur le tic, puis les crises peuvent éclater pendant le sommeil en provoq toujours le réveil du sujet.

En réalité, ces caractères ne sont pas particulièrement pro au tic douloureux : ce sont plus exactement des caractères p culiers à la douleur névralgique, laquelle peut s'accompagne ne pas s'accompagner de tics. C'est que, en effet, dans le douloureux, le phénomène *douleur* est le caractère essentie le phénomène *tic*, le caractère secondaire, contingent. La doul existe toujours, le tic manque fréquemment. Par suite, ce doit être recherché dans l'étude de ce tic douloureux, ce s les rapports qui unissent le tic à la douleur ; il s'agit de sa pourquoi les tics tantôt existent et tantôt manquent, quelle enfin leur raison d'être ?

***

Il paraît certain que le tic constitue un *moyen de défense* de l'individu contre la douleur.

Pujol, dès 1787, en avait fait la remarque : « J'ai vu, dit-il, une malade qui m'assuroit que pendant les attaques du tic douloureux, même les plus cruelles, elle se sentoit toujours la maîtresse de suspendre à son gré tout mouvement grimacier des muscles du visage. Si elle les permettoit, ajoutoit-elle, ce n'étoit que parce qu'elle croyoit souffrir un peu moins lorsque ces mouvements avoient lieu ; elle n'osoit point se refuser cette espèce de soulagement[1]. »

Mais ce moyen de défense n'est pas le même dans toutes les névralgies du trijumeau : il varie, au contraire, avec chaque individu, qui réagit à sa façon. C'est ainsi que, dans cette lutte contre la douleur, si les uns tiquent, les autres, ou se prennent la tête dans les mains, ou poussent des gémissements, ou se frottent vigoureusement la joue, ou, les sourcils froncés, l'œil à demi fermé, immobiles, retenant leur respiration, sans proférer le moindre cri, sont comme dans l'extase ; ou bien les globes oculaires convulsés en haut, ils balancent rythmiquement leur tête, ou encore leur visage figé revêt le masque de l'angoisse et de la terreur...

Une malade de Pujol avait trouvé le secret d'abréger les attaques par une manipulation des plus singulières : dans le fort de la douleur, elle approchait lentement et avec la plus grande précaution le bout du doigt du foyer douloureux ; lorsqu'elle était près des téguments elle les touchait rapidement et le plus légèrement qu'elle pouvait avec l'extrémité de son ongle, qu'elle retirait ensuite avec beaucoup de prestesse. L'instant de contact était accompagné d'un trait de douleur auquel la malade ne trouvait, disait-elle, rien de comparable ; mais cette douleur instantanée était suivie immédiatement du sentiment de détente et toute l'attaque était terminée *(loc. cit.*, p. 80-81).

Donc le tic constitue un de ces nombreux moyens de défense mis en œuvre par le sujet pour tromper ou amortir la douleur qu'il endure.

Il reste à rechercher dans quelle proportion se rencontre le

1. — Pujol, de Castres : *Essai sur la maladie de la face nommée le tic douloureux*. Paris, 1787.

tic par rapport aux autres actes défensifs, et dans que formes de névralgie du trijumeau on le constate de préférer

1° Le tic doit être considéré comme l'acte de défense le ] fréquemment utilisé par les malades atteints de névralgi trijumeau ; et c'est ce qui explique pourquoi, depuis bien lc temps, cette affection a été désignée sous le nom de tic dou reux. Ainsi la statistique de notre ami Verger, recueillie dan service du professeur Pitres, nous apprend que sur 23 cas névralgie faciale, 11 cas seulement présentaient des actes défense. Or, sur ces 11 cas, 6 fois ces actes défensifs se s montrés sous formes de tics : ce sont donc les plus fréquent

2° Les formes de névralgies dans lesquelles on trouve pri palement ces réactions de défense sont les névralgies d'orig centrale, c'est-à-dire celles où les douleurs sont le plus int rables. C'est ainsi que sur les 11 cas de la statistique de Verg 10 fois la névralgie était d'origine centrale, une fois seulem d'origine périphérique ;

3° Il serait intéressant de rechercher si telle ou telle forme la douleur ne commande pas telle ou telle réaction de défen si, par exemple, les élancements en éclairs ou les douleurs coups de canif ne provoquent pas de préférence la réact motrice sous forme de tics, et si les sensations sourdes rongement, de picotement, de brûlure, n'entraînent pas réactions motrices plutôt d'ordre tonique.

*
* *

En résumé, ce qu'il importe de noter dans le tic douloure en dehors de son caractère unilatéral :

1° C'est qu'il est essentiellement fonction de la douleur peut-être de la forme de cette douleur (élancements, éclai coups de couteau) ;

2° Que ce tic constitue un véritable *acte de défense* du su contre la douleur, et qu'il peut être, au moins dans certains c réfréné par la volonté (cas de Pujol cité plus haut).

2° Tic réflexe non douloureux. — Le tic réflexe non doulc reux constitue le tic le plus fréquent des tics unilatéraux de face. Rarement généralisé à toute une moitié de la face, il affecte de préférence certaines parties limitées. Parmi l

variétés ainsi localisées, la plus commune nous est fournie par ces clignements unilatéraux, bien connus des ophtalmologistes.

A la suite de la pénétration dans l'œil d'un corps étranger, grains de poussière, escarbilles, cils, ou par présence de granulations occupant le cul-de-sac inférieur de la paupière (Parinaud), ou par l'action d'une lumière trop vive, la conjonctive irritée, même altérée, provoque une sensation de gêne, de picotement avec larmoiement fréquent et clignement consécutif des paupières.

Parmi les autres variétés de tics signalons : la contraction vive de l'aile du nez, de la joue, le brusque tiraillement en haut de la commissure labiale, l'élévation de la lèvre inférieure entraînant le menton, le froncement du sourcil, certains tics de mordillage, de succion, etc. Bien des causes peuvent provoquer ces divers tics : l'inflammation de la muqueuse nasale, en particulier le coryza à répétition, les petits furoncles des ailes du nez, les gerçures des lèvres, les boutons de l'impétigo et de l'acné, les vésicules herpétiques, le prurit de l'eczéma, les érosions de la muqueuse buccale, les troubles de la dentition, etc.

L'étude attentive de ces tics nous montre :

1° Que l'apparition de ces tics (clignement en particulier) est souvent brusque. Leur disparition peut être instantanée, aussitôt l'expulsion, par exemple, d'un corps étranger; mais elle a lieu parfois de façon progressive quand la conjonctive, ou la muqueuse nasale, etc., même débarrassée de son agent irritant, a été suffisamment lésée pour que la réparation se fasse peu à peu ;

2° Ces tics surviennent par crises plus ou moins rapprochées, entre lesquelles la face demeure absolument indemne ;

3° Tous les actes ayant pour effet d'augmenter l'intensité d'irritation de la cause initiale provoquent une exagération marquée des tics.

L'exemple suivant est tout à fait typique : une femme de quarante-cinq ans était atteinte depuis quatre ans d'accès de convulsions mimiques occupant tous les muscles innervés par le facial. Frænkel (de Berlin), constatant à l'examen une rhinite gauche, pratiqua aussitôt l'exploration de la muqueuse nasale irritée et cette exploration provoqua dans la face un accès violent de convulsions. Toute excitation de la muqueuse produi-

sait le même effet ; et ce n'est qu'après cinq applications galvano-cautère, faites dans les points où l'excitation fai naître les convulsions les plus violentes, que le tic dispa complètement ;

4° Les divers mouvements de la face (en tant qu'ils n'exa rent pas l'irritation causale), la gymnastique respiratoire ou diverses stations du sujet, l'attention, la volonté peuvent av sur les tics un effet frénateur, mais essentiellement temporai

5° Ils disparaissent généralement dans le sommeil.

Si nous comparons maintenant ces principaux caractères a ceux que nous avons décrits dans le tic douloureux, n voyons qu'il ne s'agit entre les deux ordres de tics réflexes douloureux et non douloureux — que d'une question de degr En effet :

1° Le tic réflexe non douloureux, comme le tic douloure est essentiellement fonction d'une irritation sensitive ; m alors que dans l'un la sensation de douleur est portée paroxysme, dans l'autre la sensibilité, quoique anormale hyperexcitée, ne dépasse pas les sensations variées de sim picotement, de piqûre ou de cuisson légère, de gêne, prurit, de chatouillement, etc. ;

2° Il en résulte que, comme dans le tic douloureux, le phé mène tic constitue un véritable *acte de défense* de l'indivi contre la sensation désagréable qu'il éprouve ;

3° Si l'attention et surtout la volonté ont plus d'action fré trice que dans le tic douloureux, si le sommeil n'est pas s pendu, c'est que les troubles de la sensibilité sont beauco moins accentués dans le tic non douloureux et, par suite, p aisément modifiables.

Ces deux formes de tics sont donc de même ordre : il n'y entre eux qu'une question de degré. Nous ferons remarqu toutefois :

1° Le tic réflexe non douloureux guérit généralement avec disparition de la cause qui lui a donné naissance, alors que tic douloureux, presque toujours d'origine centrale, est surto chronique ;

2° Le tic réflexe non douloureux peut être bilatéral, les dive ses causes qui le produisent pouvant siéger à la fois des de côtés du visage ; mais il y a toujours un côté de la face qui tiq

plus que l'autre, et surtout on remarque une *fixité* dans le siège du tic qu'on ne rencontre pas dans les tics bilatéraux qui sont les tics communs, bien connus des auteurs, et sur lesquels il nous paraît inutile de revenir aujourd'hui ;

3° Enfin, la cause disparue, le tic peut persister, mais il perd alors ses caractères de tic réflexe, il devient essentiellement *mobile* et présente tous les caractères des tics bilatéraux proprement dits que nous n'avons pas à étudier ici.

## — II —

3° Tic organique non paralytique. — Avec cette forme de tics unilatéraux, nous entrons dans un nouvel ordre de faits. Le phénomène moteur passe au premier plan. « On doit distinguer les mouvements qui sont l'expression de la douleur, a écrit Charles Bell, de ceux qui sont spasmodiques et *qu'on ne peut maîtriser (incontrollable*[1]). »

Si, dans quelques cas, les malades éprouvent une sensation de tension ou d'engourdissement dans la partie affectée, c'est un phénomène secondaire, accessoire, le phénomène essentiel étant constitué par les contractions brusques des masses musculaires.

Voici quelle est la marche ordinaire de cette affection dont un grand nombre d'auteurs, en particulier Bell et ses élèves, de 1820 à 1830[2], nous ont laissé une exacte description. Voir également les travaux de François (de Louvain), de Graves, de Romberg[3], de Gowers[4], et plus récemment de notre excellent confrère et ami Henry Meige[5].

Le sujet est pris de secousses brusques qui commencent ordinairement au niveau de la paupière inférieure, gagnent la supérieure, puis se généralisent peu à peu à tous les muscles du même côté de la face. Si, à cette période d'état, nous exami-

1. — Charles Bell : *The nervous system of the human body*. London, édition 1830. Voir en particulier l'Observation XLIII.

2. — Charles Bell : *Loc. cit.* V. en particulier l'Observation LXXII.

3. — Romberg : *Lehrb. der Nervenkrankh. des Menschen*, 2e édition, 1851, deuxième partie, p. 22.

4. — Gowers : *A manual of diseases of the nervous system*. Vol. II, pp. 228-237.

5. — Meige : *Le spasme facial*. " In Revue Neurologique ", 30 octobre 1903.

nons le tic de près, nous constatons que les mouvements clo ques se font en plusieurs temps ; nous voyons les contractic gagner de proche en proche les différents groupes musculai de la face, et dans l'ordre où ils ont été pris successivemei c'est la représentation en quelques secondes des phénomèi qui ont mis plusieurs semaines et plusieurs mois à se dével per. Analysons-les.

Sur un visage aux côtés parfaitement symétriques appar sent soudain, au niveau d'une paupière inférieure, une série secousses tellement rapides qu'on dirait un tremblement l'orbiculaire inférieur ; puis la paupière supérieure vibre à tour, l'œil cligne, une larme tombe parfois : c'est le prem temps.

Aussitôt, sans arrêt, les autres muscles du même côté de face entrent en action : la commissure labiale et l'aile du sont comme tirées vers l'oreille, la joue se contracte, le sou se fronce, le frontal se plisse, le pavillon auriculaire s'élève se rabat rapidement en arrière, le menton se dévie, la bou est comme tordue ; parfois la contraction clonique se propag la luette (Schütz), le peaucier du même côté dessine de saill reliefs, l'os hyoïde se déplace convulsivement (Graves), l'ore bourdonne. Et tout cela ne s'effectue pas d'un seul coup, n par bonds successifs, dans un ordre qui varie avec cha malade et suivant l'intensité de l'affection. Enfin, arrivée à paroxysme, la contraction demeure ainsi quelques secon puis cesse brusquement, et tout rentre dans l'ordre : le deuxi temps est terminé.

Ces contractions successives reviennent toutes les dix mi tes, tous les quarts d'heure, dix, vingt, trente fois par jour ; n elles peuvent se montrer plus fréquentes encore, arrivent reproduire plusieurs fois par minute ; les crises devienr subintrantes et, à mesure qu'elles augmentent en nom l'hémiface conserve de plus en plus longtemps l'empreinte maçante, au point que la contraction musculaire peut attei jusqu'à dix et quinze secondes de durée ; mais, même sur fond tonique, apparaissent de ci de là, fugitives et rapi quelques ondulations fibrillaires : c'est le troisième temps.

Dans l'intervalle des crises, la physionomie demeure inta même pendant l'exécution des actes divers susceptibles

mettre en action les muscles du visage : mastication, parole, rire, etc.

Les principaux caractères de cette forme unilatérale de tics sont les suivants :

1° Le début souvent brusque, la marche progressive en plusieurs temps et par bonds successifs, la longue durée ;

2° Le manque d'influence ou tout au moins l'influence douteuse des mouvements variés de la face dans la parole, la respiration, la mastication, l'acte de se moucher, le rire, le pleurer, etc., pour provoquer les tics ou les modérer, quand ils ont commencé à se manifester ;

3° Les chocs émotionnels n'ont guère davantage d'action, comme l'a bien montré François dans une observation déjà ancienne ; il en est de même de l'attention du sujet ou de ses efforts de volonté qui sont absolument inefficaces pour réfréner les tics ;

4° Fréquemment, enfin, le tic *persiste dans le sommeil :* c'est un caractère tout à fait remarquable qui a été noté depuis assez longtemps par Graves en 1841, François en 1843 et, plus récemment par nous-même, ainsi que par Meige et Feindel. Ce caractère consiste dans la continuation, avec moins de fréquence et d'intensité, du tic existant à l'état de veille : il ne faut pas le confondre avec ces tics très particuliers qui *n'existent que dans le sommeil,* sur lesquels nous avons dernièrement appelé l'attention et dont nous n'avons pas à nous occuper ici [1].

4° Le tic paralytique. — Le tic paralytique est un des plus anciennement connus. Il suffit de lire les relations des vieux auteurs depuis les temps les plus reculés pour se rendre compte que le σπασμός κυνικός des Grecs, le *raptus caninus* des Latins ou le *tortura oris* des médecins du moyen-âge s'accompagnaient dans bien des cas de cette forme de tic. Mais il faut arriver aux travaux de Marshall Hall [2], en 1841, pour en trouver une description complète sous le nom de *tic spasmodique* qui, depuis, a été partout reproduite.

1. — R. Crucher : *Sur un cas de tic de la tête et du tronc n'existant que pendant le sommeil.* Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 20 mai 1904 ; *in Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux,* 13 juillet 1904.

2. — Marshall Hall : *On the dieasses and derangements of the nervous system.* London, 1841, pp. 342-346 ; avec figures.

Le tic est généralement secondaire à la paralysie faci *périphérique* dont il constitue soit un signe avant-coureur d contracture, soit une réaction particulière des muscles par sés ; mais il peut être aussi le début de cette paralysie, com nous l'indique nettement dès 1830 certaines observations Charles Bell. Enfin, plus rarement, on le rencontre dans paralysie faciale d'origine *centrale* et c'est presque toujo alors dans l'hémiplégie infantile.

Au début, on constate de petites secousses cloniques niveau d'une commissure qui s'élève brusquement, à interva irréguliers, tandis que cligne l'œil du même côté. Les phé mènes cliniques peuvent en rester là : c'est le cas ordina quelquefois tous les muscles de l'hémiface sont pris success ment et, finalement, tout un côté du visage se contract grimace.

Dans cette forme de tic unilatéral :

1° Le tic peut se produire spontanément à l'état de veille, r il est presque toujours provoqué et nettement exagéré par les mouvements qui mettent en jeu les muscles du visa parler, renifler, respirer, froncer les sourcils, siffler, fair moue, mastiquer, rire, pleurer, etc. ;

2° Toutes les émotions morales ainsi que les excitations e rieures, comme la lumière ou le froid, ont un effet analogue

3° Les mouvements du tic ne sont nullement influencés l'attention ou les efforts de volonté ; ils sont même susceptil quand ils sont légers, de ne pas être perçus par le sujet ;

4° Le tic disparaît généralement dans le sommeil.

Les rapports qui unissent entre eux les deux genres d organique que nous venons d'étudier sont de deux ordres cipaux :

1° Dans l'un et l'autre cas, l'irritation ou l'altération c nelles portent directement sur la voie motrice, et particul ment sur le tronc du facial et ses branches ou sur les mu faciaux eux-mêmes.

Pour divers auteurs, il n'y aurait qu'une différence de d entre le phénomène convulsif et la paralysie : « La po dure du nerf facial, a dit Charles Bell, est très sujette modifications entrainant soit de la paralysie partielle, so

fréquents et spasmodiques tiraillements au niveau de la face[1]. »
Et Debrou, reprenant la question, a écrit en 1864 : « Il n'est pas plus étonnant de voir l'action de ce nerf (facial) exagérée ou pervertie que de la voir supprimée comme elle l'est dans la paralysie. Un certain degré de compression ou d'altération du tronc de la septième paire amènera l'hémiplégie, et un autre degré donnera lieu aux mouvements du tic. Les observations de M. Duchenne prouvent que la seconde maladie succède à la première, et Marshall Hall avait déjà établi cette transformation ou cette succession dès 1841. » ;

2° Au point de vue pratique, il est bon de noter que dans l'un et l'autre cas, rien ne peut empêcher le tic de se produire : ni l'attention, ni les mouvements gymnastiques ou autres, ni le décubitus ; et la volonté du sujet, aussi énergique qu'il soit, est incapable de le réfréner.

## — III —

5° Tic professionnel. — Certains muscles, en particulier les orbiculaires, se contractent exagérément dans certaines professions, horloger, micrographe, graveur, histologiste, etc. Il arrive un moment où, chez quelques-uns de ces professionnels, l'œil cligne presque continuellement, constituant ce qu'on a désigné sous le nom de tic de l'horloger, du graveur, du bactériologiste, etc. C'est un premier stade de l'affection qui peut demeurer stationnaire, mais assez fréquemment les muscles voisins présentent à leur tour de petits mouvements cloniques et, au bout d'un certain temps, toute la face du même côté finit par grimacer.

Arrivé à ce degré extrême, les caractères du tic tiennent plutôt du tic paralytique ; en particulier, il est facile de constater qu'il est nettement exagéré par tous les mouvements de la face en général.

En réalité, il doit plutôt rentrer, selon nous, dans le cadre des « spasmes fonctionnels », si bien décrits par Duchenne de Boulogne, c'est-à-dire de ces spasmes à contractions souvent

1. — *Loc. cit.*, p. 161, mém. de 1822.

cloniques, provoqués par l'exercice d'une fonction muscula
et dont le type le plus connu est la crampe des écrivains.

Mais les fonctions du visage ne peuvent se comparer à ce
de la main. En effet, si la main n'écrit pas, la crampe n
produit pas et la crampe ne se produira pas dans l'exercice
autres fonctions de la main et du bras qui sont essentiellen
différentes de la fonction d'écrire.

Il n'en est pas de même dans le visage, où des mouvem
identiques correspondent à des fonctions différentes. Les p
pières ne se ferment pas seulement pour examiner une mo
à la loupe ou une préparation au microscope : l'attentio
froncement des sourcils, l'action de la lumière, sans compte
clignement physiologique nécessaire pour humecter la conj
tive, toutes ces causes sollicitent les paupières à battre co
nuellement ; il en résulte que le repos nécessaire et facile
niveau de la main, est impossible ici ; par suite, les phénomé
convulsifs ne font que s'exagérer et on peut se demander s
troubles musculaires — fonctionnels d'abord — ne devien
pas à la longue véritablement organiques.

## CONCLUSIONS

Parmi les tics en général, on le voit, les tics unilatéraux d
face occupent une place à part.

Le grand point qu'on doit mettre en relief, c'est que les mê
contractions musculaires de la face, offrant pour l'observa
un aspect clinique identique, correspondent cependant aux f
tions les plus diverses.

Entre un clignement, par exemple, provoqué par un co
étranger, une conjonctive légère, une lumière vive, un cli
ment d'ordre professionnel et un clignement dû à des trou
musculaires des orbiculaires, comme dans la paralysie fac
quelle différence objective y a-t-il entre ces divers cligneme
Ne sont-ils pas sensiblement comparables ? D'autant que le
lade répondra, même dans le cas de paralysie, que c'est « l
qui lui tire » et qu'il ne peut s'empêcher de le fermer.

Et ce fait a une grosse importance. Voici pourquoi : un
caractères essentiels du tic en général sur lequel les aut

sont généralement d'accord, c'est que le ou les mouvements du tic représentent un acte déterminé.

Or, précisément dans les tics de la face en général et unilatéraux en particulier, pour les raisons énoncées plus haut, ce caractère différentiel n'est guère spécifique, étant donné que la plupart des mouvements de la face peuvent paraître coordonnés vers l'accomplissement d'un acte déterminé quelconque, alors qu'il n'en est absolument rien.

Mais, malgré l'absence de ce caractère différenciel, il nous semble que les diverses formes cliniques des tics unilatéraux de la face, avec les caractères que nous leur avons assignés, se reconnaîtront aisément.

M. Henry MEIGE, *de Paris.* — Avec le constant désir d'arriver à m'entendre avec mon excellent adversaire et ami, M. Cruchet, je tiens à revenir encore sur la question des tics, notre déjà ancien et d'ailleurs unique différend. Car je ne regrette pas seulement que M. Cruchet ne puisse se résoudre à accepter la distinction établie par M. Brissaud entre les tics et les spasmes. Je suis plus surpris encore aujourd'hui en l'entendant englober sous la dénomination des *tics* des accidents qui, par tout le monde, sont qualifiés de *spasmodiques*. En étendant ainsi indéfiniment le domaine des tics, on s'expose à détruire leur individualité clinique et à confondre entre eux des accidents qui, par leur étiologie, leur symptomatologie, leur évolution, leur pronostic et leur traitement ont été, depuis longtemps déjà, différenciés les uns des autres, et à juste titre.

Pour éviter toute équivoque dans ma réponse, je n'emploierai qu'entre parenthèses les mots de *tic* et de *spasme*, dans le sens qu'on leur attribue généralement avec M. Brissaud. Le terme banal de « mouvements nerveux » qui n'appartient à aucune doctrine supprimera, je l'espère, toute confusion de langage.

M. Cruchet vient d'énumérer plusieurs espèces de « mouvements nerveux » qui s'observent à la face. Les divisions qu'il a établies montrent bien qu'il a reconnu lui-même la nécessité d'opérer entre eux des distinctions. Mais était-il nécessaire, est-il même permis d'ajouter l'étiquette de *tic* à tous ces « mouvements nerveux » ?

Voici d'abord le *tic douloureux*, dont le syndrome clinique est tellement caractéristique que, malgré cette dénomination,

tous les auteurs lui ont assigné un chapitre nosographiq spécial. Qu'on le considère comme un *acte de défense* contre douleur, je le veux bien ; mais en l'assimilant alors au mouv ment de la jambe de la grenouille décapitée qui se déten quand on pique sa patte. C'est au premier chef un acte réfle simple, automatique, irrésistible, se produisant dans un ter toire périphérique anatomiquement défini, sans aucune int vention de la volonté consciente, d'ailleurs impuissante à réfréner, dans l'immense majorité des cas. (Pour nous, c'est type du *spasme,* produit par l'irritation d'un nerf centripète.)

M. Cruchet parle ensuite d'un tic réflexe *non douloureu* Nous comprenons ce qu'il veut dire, bien qu'il ajoute que ce est consécutif à une irritation sensitive *(piqûre, cuisson,* etc C'est qu'en effet, comme dans le cas précédent, le « mouveme nerveux » est souvent au début une réponse uniforme, irrés tible, involontaire, inconsciente à l'excitation très passagè d'une voie douloureuse. (Exemple : l'escarbille sous la paupièr Mais la cause irritante disparaît vite, et cependant le mouveme nerveux persiste. Eh bien ! ce « mouvement nerveux » qui répond plus à aucune incitation douloureuse, doit-on le confo dre avec le précédent ? M. Cruchet dit : oui. Et je lui répond non. Car, si la pathogénie semble lui donner raison, la cliniq ne peut pas ne pas établir une différence entre le « mouveme nerveux » que provoque une excitation douloureuse et celui q se répète sans cause, sans douleur, sans but. (Pour nous, premier est un *spasme,* le second un *tic,* un tic né d'un spasm maintes fois nous nous sommes expliqué sur cette pathogéni

J'ajoute que la douleur n'est pas la seule donnée clinique q autorise notre distinction. Il existe des *différences objectiv* que nous avons plusieurs fois indiquées ; l'action frénatri efficace des interventions corticales est encore un élément diagnostic.

Et puis, parmi ces « mouvements nerveux » *non douloureu* il en est d'autres, — et très fréquents, — que M. Cruchet pas sous silence, qui ne succèdent pas à une excitation douloureus simples grimaces, caprices musculaires engendrés par une id fantaisiste, mauvaises habitudes motrices, petites bizarreri fonctionnelles, ces « mouvements nerveux », par leur localis tion et leur forme variables, par leur évolution capricieuse, p

leur facile curabilité, ne méritent-ils pas d'être franchement différenciés des réactions motrices uniformes, irrésistibles et tenaces signalées dans les cas précédents? (Ce sont ceux-là que nous appelons des *tics*, avec tout le monde.)

Sous le nom de *tic organique non paralytique*, M. Cruchet décrit une autre variété de « mouvements nerveux » fréquente surtout à la face, et dont il veut bien rappeler que j'ai parlé l'an dernier au Congrès de Bruxelles. J'ai insisté en effet tout spécialement sur les *particularités objectives* : les décharges, les phénomènes tétaniformes, l'aspect de « contracture frémissante », la localisation de ces actes convulsifs à des parcelles de muscles successivement atteintes et toujours dans un même territoire anatomique nerveux, l'absence de douleur, l'inefficacité presque absolue des efforts volontaires et des gestes protecteurs sur le phénomène convulsif, la persistance souvent notée pendant le sommeil.

N'est-ce pas là une espèce de « mouvement nerveux » qui doit être différenciée des précédentes, non pas seulement par sa pathogénie, mais surtout par ses manifestations cliniques, et aussi par son évolution, sa rétivité aux interventions psychothérapiques? (Nous lui avons conservé le nom de *spasme*, sous lequel elle est connue depuis de longues années, spasme par irritation d'un centre ou d'un conducteur centrifuge.)

M. Cruchet va plus loin. Il crée un *tic paralytique* en remplacement du *tic spasmodique* de Marshall Hall. Soit dit en passant, ce changement de qualificatif ne paraît guère fait pour éclaircir la question. Dans l'espèce, il s'agit de « mouvements nerveux » consécutifs à certaines paralysies faciales. Cliniquement, rien de plus exact. Mais nous sommes ici dans un chapitre bien délimité et bien connu : celui de la paralysie faciale. Laissons donc à celles-ci ses formes, ses complications, avec leurs dénominations usuelles. (Nous disons en pareil cas qu'il s'agit d'une hémiplégie faciale *spasmodique*, comme nous disons : paraplégie spasmodique.)

Enfin M. Cruchet parle de *tics professionnels*. Ici, j'ai le plaisir d'être complètement d'accord avec lui. La répétition d'un même acte, qu'il soit professionnel ou non, est certainement une des principales causes de l'apparition de « mouvements nerveux ». On retrouve la *répétition* comme condition essentielle de toutes

nos fonctions. On la retrouve également à l'origine des troubl fonctionnels. Et je partage encore l'avis de M. Cruchet lorsqu dit que certains troubles, purement fonctionnels au début, pe vent déterminer, à la longue, des désordres organiques. La l de l'action et de la réaction est applicable aux phénomèn biologiques.

En somme, les divisions proposées par M. Cruchet correspc dent bien à des catégories différentes de « mouvements n veux ». On les connaissait du reste sous les noms de « douloureux », « tic non douloureux », « spasme facial », « pa lysie faciale spasmodique », « crampes professionnelles ». Je tiens pas à ces mots, mais je maintiens qu'il existe entre c différents « mouvements nerveux » des *différences étiologiqu pathogéniques* et, surtout, des *différences cliniques, objectiv* et aussi des *différences pronostiques,* dont la netteté et la con tance commandent une sélection nosographique beaucoup pl tranchée que ne le propose M. Cruchet. Ce ne sont pas d *formes* d'un même groupe, ce ne sont pas des *symptômes* offra entre eux plus ou moins de variations. Ces « mouvements n veux » correspondent à des *états morbides distincts,* caractéris par leurs causes, leur nature, leurs manifestations, leur évol tion, leur traitement.

M. Cruchet est trop bon clinicien pour ne pas voir le dang qu'il y aurait à leur prodiguer l'étiquette de *tic*.

M. BRISSAUD, *de Paris*. — Si, au lieu de restreindre peu à p la signification du mot *tic,* on l'élargissait chaque jour davantag comme le fait M. Cruchet, ce mot n'aurait bientôt plus aucu raison d'être en pathologie.

N'oublions pas que les progrès de la science se manifeste par la restriction progressive du sens des mots déjà existan et non pas par extension successive.

Dans les premières leçons de Charcot, la paralysie agitante la sclérose en plaques sont précédées d'un chapitre intitul *Du tremblement en général.* Ne fut-ce pas un important progr que de différencier les caractères du tremblement dans les de maladies, et d'arriver à pouvoir les distinguer l'une de l'aut par les différences cliniques de ce seul phénomène? Ne peut pas, ne doit-il pas en être de même des « secousses musculaires

C'est par une analyse clinique attentive que nous sommes parvenus à distinguer aujourd'hui celles qui appartiennent, soit au tic, soit au spasme. Nés de causes différentes, ces « mouvements nerveux » ont des caractères objectifs différents. La grimace du tic de la face ne peut se confondre avec la décharge du spasme facial. Telle est la vérité *clinique*.

Et pourquoi ne pas admettre l'intervention corticale dans la genèse des tics ? Les noyaux du facial ou du trijumeau n'ont-ils pas des connexions permanentes avec l'écorce ? N'y a-t-il donc plus d'actes moteurs que cette dernière puisse directement commander ? Si vraiment. Et même il en existe une infinité ; aussi voyons-nous une infinie variété de ces « mouvements nerveux » d'origine corticale auxquels nous persistons à donner le nom de *tics*. Leur diversité, leur variabilité sont la signature de cette origine.

Au contraire, les *spasmes* faciaux, obéissant à la loi uniforme des actes réflexes, se présentent dans un même territoire anatomique, avec un aspect clinique qui ne peut pas ne pas être toujours le même.

L'individualité clinique du spasme facial est aujourd'hui pour moi d'une telle évidence que je n'hésite pas à faire à ce propos un *mea culpa*. J'ai signé autrefois, avec M. Pierre Marie, un article excellent (il est en entier de la main de Pierre Marie), intitulé : *Hémispasme glosso-labié*, c'était le terme usité alors pour désigner un accident hystérique bien connu. Nul mouvement nerveux ne méritait moins ce nom de spasme. On y voit coopérer des muscles qui reçoivent leur innervation non seulement du facial, mais de l'hypoglosse et des nerfs moteurs de l'œil : association fonctionnelle et non pas anatomique. Ce n'est qu'une grimace, un tic, dont l'origine corticale ne saurait être contestée. Ce tic tonique est purement hystérique. Niera-t-on que l'hystérie soit une psycho-névrose ?

Nous continuerons donc à distinguer les *tics* des *spasmes*, en nous appuyant sur la seule clinique. Et, en restant sur ce seul terrain-là, il me paraît impossible que nous n'arrivions pas, M. Pitres et M. Cruchet d'une part, M. Meige et moi de l'autre, à une entente qui n'est pas seulement désirable, mais nécessaire.

M. TISSIÉ cite le cas d'un jeune malade qu'il a guéri en s'adressant surtout à ses centres psychiques par la suggestion à l'état de veille, et par une gymnastique respiratoire thérapeutiquement appliquée par lui-même.

M. A. CULLERRE, *Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée).*

**Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses.** — Dans les psychoses à base de stupeur et de confusion mentale, on observe couramment des phénomènes musculaires spasmodiques, roideurs, contractures, attitudes stéréotypées, qui peuvent durer des semaines, des mois, voire même des années, et entraîner, dans les muscles intéressés, des troubles trophiques plus ou moins graves qui, à ma connaissance, n'ont pas encore été signalés. Je rapporterai ici quelques faits de ce genre qu'il m'a été donné d'observer.

Dans les cas de stupeur catatonique, les muscles intéressés sont à peu près exclusivement ceux des membres supérieurs, les plus intellectuels, les plus appelés à traduire la profonde perturbation des régions corticales dévolues à l'exercice de la volonté et de l'intelligence. Dans les cas de démence avec attitudes stéréotypées, d'autres muscles peuvent être atteints.

Le plus souvent, ces contractures disparaissent d'elles-mêmes, en même temps que l'état mental se modifie. Dans quelques cas elles se reproduisent à plusieurs reprises, soulignant un retour

agressif de la stupeur et de la confusion des idées. Enfin, dans un petit nombre de cas, ces contractures deviennent permanentes et finissent par entraîner des modifications définitives et incurables.

Observation I. — Le premier cas que j'aie observé et sur lequel j'aie conservé quelques notes, remonte à l'année 1874, et concerne une jeune femme de 31 ans, sans antécédents héréditaires signalés, déséquilibrée et bizarre depuis neuf ans, à la suite de la mort violente de sa petite fille, noyée sous ses yeux, qui fut prise sans cause connue de stupeur mélancolique avec délire hypocondriaque. A cette phase de dépression succéda une période d'agitation violente avec délire confus, accidents cataleptiformes, troubles vaso-moteurs et circulatoires, stupidité, crises subites de fureur avec impulsions d'une violence inouïe et extrêmement dangereuses qui nécessitèrent l'application fréquente de la camisole selon les habitudes alors en usage et autorisées par le chef de service dont j'étais le subordonné. La malade en prit une attitude stéréotypée qu'elle conservait même dans les périodes où on lui laissait la liberté de ses bras. Il en résulta une rigidité continue des membres supérieurs amaigris en totalité, les bras étant collés au corps, les avant-bras fléchis à angle droit, les doigts dans une demi-flexion habituelle.

Peu à peu, la contracture devint permanente et deux ans après l'internement, l'infirmité semblait constituée. Ayant quitté l'établissement, j'ai perdu cette malade de vue.

Il s'agit ici d'une attitude stéréotypée chez une démente précoce, attitude ayant provoqué à la longue des troubles trophiques des muscles, de la contracture et des rétractions tendineuses. J'avais supposé à cette époque que l'emploi inconsidéré et abusif de la camisole était la cause unique de cette lésion, mais l'observation de faits nouveaux du même ordre survenus sans cause provocatrice extérieure m'a fait revenir sur cette opinion.

Observation II. — V... femme G..., 28 ans, mariée depuis quatre ans. Elle a un enfant de trois ans qu'elle a nourri dix-huit mois et aussitôt après un second qu'elle allaitait depuis trois mois quand peu à peu ses seins se sont taris et son intelligence a commencé à se troubler. Après une période de dépression hypocondriaque de trois mois éclate une violente agitation maniaque qui nécessite son admission à l'Asile le 13 février 1889.

A cette période d'agitation succéda, au bout de six semaines, un état de stupeur subaiguë avec confusion mentale profonde, tendances cataleptoïdes, sialorrhée, rigidité musculaire des membres supérieurs. Lorsqu'on fait mouvoir ces membres, on éprouve une résistance mar-

quée, et ils conservent l'attitude qu'on leur donne; les fléchisseurs l'avant-bras droit et de la main sont le siège d'une contracture partic lièrement intense : le médius, l'annulaire et l'auriculaire forteme fléchis dans le creux de la main, y ont provoqué des excoriatio nettement marquées. L'activité mentale est très restreinte, il y a gâtisme.

Retirée par sa famille dans un état d'amélioration assez marqué juillet. Elle a néanmoins conservé une contracture des trois dernie doigts de la main droite. Elle est ramenée en novembre en proie à violent délire avec hallucinations, idées puériles de persécution tentative d'incendie. L'intelligence est nettement affaiblie, la mémo paresseuse, les réponses lentes et embarrassées, l'attitude débraill On examine la main et on constate que la contracture dont elle était siège a en partie disparu. Cependant les deux derniers doigts cons vent un certain degré de flexion et ne peuvent être complètem étendus, en raison sans doute d'une rétraction musculaire qui par définitive. La malade raconte que sa main s'est subitement ouverte il a un mois, pendant qu'elle lavait la vaisselle. L'hystérie ne par cependant pas en cause car, à part une légère hypoalgésie généralis et explicable par l'obtusion mentale, on ne trouve aucun stigmate cette affection. Il n'y a, notamment, ni rétrécissement du champ visu ni dyschromatopsie.

La malade est tombée peu à peu dans la démence agitée av gâtisme.

En janvier 1890 on constate chez elle un nouveau trouble moteur forme spasmodique : tout à coup une contraction brusque et latér des muscles du cou amène la face dans la direction de l'une ou l'autre épaule, puis la tête reprend sa position normale.

Au mois d'octobre, le tic a disparu, la dépression a fait de nouve place à l'agitation avec logorrhée incoercible. Finalement, la mala succombe dans l'épuisement le plus profond à une crise de délire ai le 22 février 1891.

Il s'agit encore d'un cas de démence précoce. Le point départ de la contracture et des phénomènes dystrophiqu semble être ici le syndrôme catatonique. A un moment donn comme il arrive souvent, d'ailleurs, au cours de la catatoni les contractures cessent brusquement, mais pendant l'état rigidité musculaire prolongée, des rétractions tendineuses sont formées qui semblent définitives et la malade ne peut pl étendre les deux derniers doigts de la main droite.

A noter le tic de la tête et du cou qui se développe à u période ultérieure de la maladie et qui montre bien la vulnér bilité du système musculaire chez cette malade.

Observation III. — Mme X..., 40 ans, admise le 28 janvier 1901, est une femme d'apparence frêle, portant des cicatrices de scrofule, d'une constitution délicate, un peu valétudinaire, pour qui on a craint de tout temps la tuberculose pulmonaire. Elle n'a cependant jamais fait de graves maladies. Mariée depuis 19 ans, elle n'a pas eu de grossesse, quoique régulièrement menstruée. Son père est mort d'apoplexie vers 60 ans; sa mère névropathe, morte depuis longtemps, a présenté des troubles intellectuels. Elle a une sœur originale, et un frère dégénéré, instable.

Depuis quelques semaines, les personnes qui la voyaient remarquaient en elle certaines bizarreries, des distractions insolites, des préoccupations religieuses étrangères à son caractère habituel. Peu à peu elle se mit à manifester des idées délirantes de culpabilité, eut de l'insomnie, des hallucinations terrifiantes, des impulsions au suicide. A la suite du refus systématique d'aliments, elle tomba dans un état de faiblesse générale qui décida sa famille à la placer à l'établissement.

A l'entrée on constate un trouble aigu de l'intelligence caractérisé par une confusion profonde des idées avec hallucinations et des alternatives de stupeur avec gâtisme et d'agitation avec impulsions au suicide. A certains moments elle manifeste confusément quelques idées délirantes de culpabilité et de persécution se rapportant toutes à son mari, qu'elle veut sauver et pour qui elle doit subir des épreuves terribles. Puis la stupidité s'accentue, le refus d'aliments devient total et pendant plusieurs semaines il faut l'alimenter à la sonde et soutenir les forces par des injections quotidiennes de sérum.

Au quatrième mois de la maladie, elle est victime d'un grave accident. Laissée seule un instant dans la chambre où elle était alitée, elle se leva, s'approcha de la cheminée et mit, on ne sait comment, le feu à sa chemise. Il en résulta des brûlures étendues sur les cuisses, le ventre, les seins et le visage ayant donné lieu à de larges ulcérations qui mirent trois mois à guérir. Pendant ce temps la stupeur persista sans modification notable, les manifestations délirantes étant rares et confuses. Durant cette période elle prit l'habitude de tenir les mains fermées, les doigts fortement fléchis dans la paume des mains. Pour obvier aux inconvénients possibles de cette attitude vicieuse, on chercha à lui tenir des bandes roulées dans les mains, mais elle opposa à ce moyen une résistance invincible car « il fallait qu'elle eut les mains fermées pour se préserver et pour que son mari fut sauvé ». Il en résulta à la longue une contracture permanente des fléchisseurs avec tendance à la rétraction des tendons. L'extension des doigts devint de plus en plus difficile au point que, quand elle sortit de l'Établissement, légèrement améliorée, le 31 décembre 1901, il y avait à la main droite une rétraction tendineuse avec contracture de l'annulaire et de l'auriculaire; les trois phalanges étant fléchies, la déflexion ne pouvait être opérée que partiellement. A la main gauche, contracture des trois derniers doigts, les deux premières phalanges seulement étant fléchies, comme dans la maladie de Dupuytren.

A peine rentrée au domicile conjugal, elle devient enceinte; puis idées se troublent de nouveau, elle a des obsessions, toujours relati à son mari, elle prend en aversion tout ce qui l'entoure, a des imp sions subites à giffler et frapper les serviteurs, manifeste une jalou féroce, a des crises passagères de stupeur, refuse parfois la nourritu Cependant la grossesse suit son cours et elle accouche sans accid d'un garçon bien constitué. Mais les troubles délirants s'accentue elle a des crises subites de terreurs, arrache son enfant des bras d nourrice, le serre à l'étouffer, court aux fenêtres pour se précip avec lui. On est obligé, le 4 décembre 1902, de la réintégrer à l'E blissement où l'on constate l'état mental suivant : légère excitat maniaque alternant avec de la stupeur, idées obsédantes de persé tion ayant toutes trait à son mari et à son enfant : on veut prendre fils, l'infirmière veut la tuer pour hériter d'elle et épouser son mari on veut brûler son enfant... il ne faut pas qu'elle mange car ce se cause de leur perte et après de multiples hésitations, elle rejette bouchée fatale à demi ingérée. La viande surtout est refusée, parce c'est la chair de son mari ou de son fils. Elle a des hallucinations d vue, voit la figure des êtres aimés sur la tapisserie, dans les rides au fond de son assiette, sur le parquet. L'érotisme qu'on nou signalé avoir existé intensément lors de la rentrée de la malade d sa famille se produit de nouveau et se mêle au délire. Parfois demande à se confesser parce qu'on l'accuse de vouloir épouser les hommes qu'elle voit.

Elle est complètement aboulique et ne peut accomplir seule au des actes de la vie; elle ne souffre pas qu'aucun des objets de chambre soit changé de place. Il faut lui répéter, pour qu'elle cons à dormir : que son lit est bien pour elle; qu'elle est bien à l'Établi ment; que M. X... est bien son mari; que son fils est bien le fil son mari, etc. Elle a aussi des phrases stéréotypées qu'elle ne man pas de répéter dans des circonstances déterminées ; enfin, ell conservé sa manie des pactes et tient toujours ses doigts forten fléchis dans la paume des deux mains et résiste de toutes ses fo quand on cherche à les ouvrir, tel doigt étant destiné à prése M. X..., tel autre son enfant, tel autre une autre personne, etc.

En ce qui concerne la sensibilité, tout au moins Mme X... ne sente pas de stigmate hystérique car nous n'avons jamais pu exam la fonction visuelle.

L'infirmité définitive dont est atteinte cette malade et que pourrait, n'était l'étiologie, qualifier de maladie de Dupuyt s'est développée en deux phases : dans une première, contractures du membre supérieur sont de pures attitudes c toniques ; dans une seconde, c'est une attitude voulue, un de défense, en conséquence de certaines idées délirantes ; tefois, il est probable que dès la première phase les rétracti

tendineuses des mains existaient, que les doigts ne pouvaient plus s'étendre entièrement et que c'est de cette circonstance même qu'est sorti l'acte de défense qui consiste à attacher une idée de malheur à l'ouverture complète des mains.

Pour expliquer la production du tissu fibreux rétracté chez certaines hystériques à contractures, Charcot a invoqué l'arthritisme. Cette explication, dans la circonstance présente, et bien que l'hystérie ne soit pas en cause, me paraîtrait plausible.

Observation IV. — F..., 17 ans, religieux novice, est admis le 25 mars 1896. La mère a eu, il y a quelques années, " des accès de folie ", et un oncle maternel est mort aliéné. C'est un garçon de taille moyenne, régulièrement conformé, sans stigmates de dégénérescence.

Depuis un mois environ on constatait chez lui des bizarreries, de la tristesse, une attitude pensive et inquiète, une certaine tendance à refuser la nourriture et des crises panophobiques avec mouvements de fuite. Sa famille attribue cet état à la fatigue cérébrale occasionnée par ses études.

A l'entrée, on constate un état de mélancolie avec confusion mentale, illusions, craintes vagues. Tantôt il demeure plongé dans une hébétude profonde, tantôt il a des crises d'agitation pendant lesquelles il se croit environné de gens mal intentionnés qui veulent lui faire expier ses fautes et lui ôter la vie.

Quinze jours après, on constate l'état suivant : « Dépression mélancolique avec délire religieux, anxiété, aboulie, impulsion à fuir, confusion générale des idées. »

Les mois suivants, on constate successivement des alternatives d'excitation incoercible et de demi-stupeur, de l'anxiété, des obsessions, des impulsions violentes, du mutisme, de l'obtusion.

En décembre, c'est-à-dire huit mois après le début de la maladie, il y a une certaine amélioration. Le malade, encore un peu obtus, va au travail.

L'année 1897 se passe en alternatives de calme avec lucidité relative et crises d'agitation avec retour de la confusion et de l'hébétude et agitation nocturne.

En 1898, le calme s'accentue, le malade travaille, mais l'intelligence paraît affaiblie ; il écrit souvent des lettres diffuses, solennelles, prétentieuses, composées de réminiscences religieuses et scolaires, sortes de devoirs de style avec des expressions bizarres et d'une incohérence partielle.

L'amélioration s'étant accentuée, il est retiré le 14 octobre.

Il est ramené au bout de cinq mois, le 13 mars 1899, dans l'état suivant : « De nouveau atteint de confusion mentale avec stupeur profonde, immobilité, refus d'aliments, gâtisme. »

Ultérieurement, on relève successivement les symptômes qui suivent :

« Dépression avec phénomènes catatoniques ; subagitation chronique avec obsessions et bizarreries ; tentatives répétées de pédérastie passive, allant se coucher dans le lit des autres malades et les excitant à ce vice ; obsessions ; refus partiel d'aliments, gâtisme intercurrent. »

En 1903, la démence paraît totale, le malade demeure dans une immobilité complète avec gâtisme. A partir du mois de juillet de cette même année, on remarque chez lui quelques phénomènes nouveaux : ce sont des attitudes forcées singulières. Pendant plusieurs semaines il se tient immobile, la tête baissée, le menton appuyé au sternum, le bras gauche collé le long du corps, l'avant-bras demi fléchi sur la poitrine, la main au niveau de l'aisselle droite. Il y a de la contracture de tous les muscles participant à cette attitude stéréotypée ; la main, en forme de griffe, ne peut être complètement étendue, l'avant-bras et le bras ne peuvent être entièrement allongés et les sterno-cléido-mastoïdiens ne se laissent pas entièrement défléchir.

Les mois suivants, on note quelques différences dans l'attitude stéréotypée ; parfois la contracture semble disparaître pour se reproduire à nouveau les jours suivants. A ces moments, l'hébétude est moins complète et le gâtisme est suspendu. Il n'y a pas de stigmates d'hystérie, et notamment pas d'anesthésie des régions contracturées. On ne constate qu'un peu d'obtusion de la sensibilité généralisée à tout le tégument. Si on cherche à faire expliquer au malade la raison de cette attitude, on ne peut rien en tirer sinon la répétition d'une phrase également stéréotypée : « Je tâche de me dégourdir. »

Peu à peu l'attitude est devenue permanente et des troubles trophiques se constatent facilement dans les parties atteintes. Voici, au 24 mai 1904, l'état mental étant resté le même, quels sont les résultats d'un examen physique attentif :

La tête est inclinée à gauche, l'oreille presque appuyée sur l'épaule. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, siège de la contracture, est plus

amaigri que celui du côté opposé, sans être rétracté. Tout le côté gauche du corps est dans un état léger de contracture qui détermine une scoliose à concavité gauche que le malade peut corriger complètement quand il y est sollicité.

Les muscles de l'épaule sont atrophiés du même côté et l'omoplate se détache légèrement de la paroi costale.

L'avant-bras ne peut s'étendre complètement sur le bras par suite d'une certaine rétraction du tendon du biceps.

Les éminences thénar et hypothénar de la main gauche sont aplaties et atrophiées ; les doigts ne peuvent s'allonger complètement, les premières et les secondes phalanges étant maintenues dans une demi-flexion par rétraction des muscles profonds de la main.

Au dynamomètre, la main droite donne 18, et la gauche 8 seulement.

La contractibilité faradique des muscles atteints est sensiblement diminuée.

La mensuration donne, pour les deux membres supérieurs, les différences suivantes :

| | |
|---|---|
| Bras droit, 0m25. | Bras gauche, 0m24. |
| Avant-bras droit, 0m23. | Avant-bras gauche, 0m22. |

Le réflexe tendineux du poignet est supprimé à gauche, alors qu'il est obtenu facilement à droite. Les réflexes patellaires et crémastériens sont normaux.

Chez ce dément précoce, il s'agit, comme on le voit, d'attitudes stéréotypées entraînant à la longue de la rigidité et de l'atrophie musculaires. Il n'y a encore aucune lésion définitive et, si l'état mental du malade s'y prête un peu, la guérison pourra être obtenue par un traitement approprié. Mais la période psychopathique actuelle peut durer indéfiniment et il peut se faire qu'à la longue il s'établisse des rétractions et des productions fibreuses définitives.

Ces faits sont intéressants en ce qu'ils constituent un lie nouveau entre la psychopathologie et la pathologie ordinair Ils ne sont pas, d'ailleurs, sans analogues dans cette dernière.

Tout d'abord, ces contractures et ces dystrophies musculaire habituellement curables mais pouvant, en se prolongeant, déte miner des désordres irrémédiables, font songer aux paralysi hystériques avec amyotrophie et parfois rétractions tendineus lesquelles, assez rarement il est vrai, peuvent devenir définitiv ainsi que l'ont montré Charcot et Babinski [1]. Mais bien q d'origine psychique, comme ces dernières, les phénomènes q nous étudions ne semblent pas appartenir à l'hystérie. No n'avons, en effet, malgré nos recherches, constaté chez auc de nos malades les stigmates de cette névrose, et chez auc on ne nous a signalé ces chocs mentaux et ces crises convu sives, préliminaires obligés de toute paralysie ou contractu hystérique.

Plus légitimement peut-être, peut-on rapprocher ces atrophi et rétractions musculaires des catatoniques et des déments, celles que l'on observe à la suite de certains spasmes profe sionnels, celui des batteurs de beurre, celui des tourneurs bouchons, d'après les exemples cités par M. Brissaud [2] où l' voit certains muscles, inutilisés pour le travail à accomplir, m néanmoins maintenus fortement fléchis en permanence, deve peu à peu le siège d'atrophie et d'une rétraction définitive. s'agit, en somme, dans ces cas, ainsi que le fait remarq l'auteur (et nous adoptons volontiers cette interprétation p certaines de nos observations) d'une véritable maladie de Dup tren, mais dont les conditions étiologiques habituelles sont m difiées, la cause n'étant plus une action extérieure plus ou mo brutale, mais une irritation permanente exclusivement intérieu Les crampes professionnelles, le torticolis mental sont enc suivis parfois de déformations incurables de même nature.

Dans tous ces cas la pathogénie est uniforme : contract répétée, contracture spasmodique, atrophie musculaire. C' précisément le mécanisme que nous pouvons invoquer à pro

1. — J.-M. Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, — Babinski : *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériq* (Archives de neurologie, 1886).

2. — Brissaud : *Société de neurologie*, 4 décembre 1902.

de nos observations. Chez les catatoniques, l'état panophobique s'accompagne d'abord d'une contraction active des membres supérieurs : le fait de crisper les doigts constitue une manifestation habituelle de l'état anxieux ; s'accrocher désespérément à quelqu'un, à un objet, à un meuble est un acte fréquent de la part des malades stupides. Cette contraction devient bientôt contracture permanente, et si cette dernière se prolonge un temps suffisant, l'atrophie musculaire et les rétractions s'ensuivent. Chez le dément, l'attitude stéréotypée n'est qu'une contraction d'abord volontaire de certains groupes musculaires devenue permanente par une sorte d'habitude morbide et entraînant à la longue les mêmes phénomènes.

M. BRISSAUD, *de Paris*. — Les faits signalés par M. Cullerre sont d'un très grand intérêt. Il n'est pas douteux en effet qu'un grand nombre d'accidents dystrophiques, attribués à tort à des lésions médullaires ou périphériques, soient au contraire des phénomènes intimement liés à certaines psychoses ; ils sont vraiment d'origine corticale. Ce diagnostic est d'une grande importance lorsqu'il s'agit d'expertises médico-légales, en particulier dans ce qu'on appelle les « accidents du travail ».

M. Henry MEIGE, *de Paris*. — La connaissance de l'origine psychopathique de ces accidents est non moins importante au point de vue thérapeutique. Si le désordre mental n'est pas trop profond, une discipline psychomotrice appropriée peut donner d'heureux résultats.

MM. MABILLE et CAPGRAS, *de La Rochelle*, ont observé un cas de rétraction et de contracture de l'avant-bras chez un confus qui a guéri au bout d'un an. La contracture et l'atrophie ont guéri peu à peu. Ces faits existent chez les déments précoces.

M. DIDE, *de Rennes*, rappelle que Kraepelin a signalé des cas absolument analogues.

M. DENY, *de Paris*. — Sans méconnaître l'intérêt des faits que vient de rapporter M. Cullerre, qu'il me soit permis de rappeler que les états de tension, de rigidité musculaire avec les attitudes stéréotypées qui les accompagnent, lorsqu'ils se montrent

d'une façon persistante, sans relation avec les idées délirante ou des troubles émotionnels, sont presque pathognomonique de la catatonie de Kahlbaum. Quant à l'origine corticale de ce troubles musculaires, sur laquelle vient d'insister avec tant d raison M. Brissaud, c'est sur elle que s'est appuyé Kraepeli pour rattacher cette psychose à la démence précoce.

Dr SIZARET, *Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Renne*

**Note sur le traitement de la crise d'épilepsie.** - L'examen de l'épileptique en crise révèle bien souvent qu'il y sous l'influence convulsive, un degré parfois très pronon d'occlusion de la trachée ; ce phénomène, privant le patie d'air respiratoire, a pu être considéré comme principal produ teur de l'attaque ; mais tout en reconnaissant qu'il joue u certain rôle, nous devrons le placer au second plan, en faire u effet plutôt qu'une cause de l'accès. M. le Professeur Joffroy assimilé par comparaison les effets de la pendaison à ceux d l'attaque épileptique, en raison des analogies présentées morsure de la langue, convulsions, perte des urines, amnés rétro-antérograde, etc. C'est l'interruption brusque de la nutr tion de l'encéphale qui parait en cause, comme pour les convu sions succédant aux grandes hémorrhagies auxquelles Paul Be avait trouvé pour cause l'*anoxhémie*. En outre, l'accumulatic d'acide carbonique dans le sang a une action excitante ; l'actic toxique de l'oxyde de carbone amène également des phénom nes convulsifs.

M. le Dr Dide a eu, en 1898, l'idée de provoquer des convu sions en mettant des corps, puissants réducteurs chimiques (p exemple le sulfure d'ammonium et le bisulfite de soude) e contact avec les circonvolutions cérébrales. Des convulsio ont apparu ; puis, le nombre des globules a beaucoup augmen en même temps que ceux-ci s'altéraient dans leur forme (aspe crénelé).

La connaissance de certaines des théories sur la pathogén de l'épilepsie brièvement retracées plus haut, l'aspect d'asphyx lamentable de l'épileptique en crise m'ont donné l'idée d'essay un traitement de l'attaque.

Appelé précipitamment auprès de l'un de nos vieux pensio naires âgé de 50 ans, à l'Asile depuis 1873, menacé d'asphyx

au cours d'une crise violente faisant partie d'une série comme il en avait souvent, j'étais accompagné précisément du Dr Dide et de notre interne, M. Durocher. Le malade était étendu chez lui, les liens des vêtements parfaitement desserrés, la figure violacée, la bouche et le nez souillés ou remplis de bave, les yeux vitreux, le pouls irrégulier, les extrémités froides, en état d'asphyxie imminente. Je fis immédiatement chercher un ballon d'oxygène et lui introduisis entre les lèvres la canule du tube ; à peine le robinet fut-il ouvert, à peine les inhalations activées par des pressions sur le ballon eurent-elles été commencées que le malade se ranima, les yeux reprirent l'aspect de la vie, le malade se mit sur son séant et chercha à frapper les gens qui l'entouraient : c'est un vieux dément, toujours désagréable et violent. Il fallut le maintenir soigneusement ; nous essayâmes de lui faire une saignée ; cela nous fut impossible tant il se débattait. La crise était bien arrêtée et ne reparut pas.

J'ai eu l'idée, à la suite de cet essai de l'oxygène, de traiter par des inhalations du même gaz des accès subintrants chez un malheureux enfant âgé de 13 ans, entré depuis 4 ans à l'Asile, idiot, sujet à des crises qui sont parfois très nombreuses (jusqu'à 200 par mois) ; les crises cessent de suite, le petit malade se calme et sa santé générale, bien précaire, paraît se maintenir.

Dans le service des femmes, plusieurs malades ont été également soumises aux inhalations d'oxygène pendant des crises menaçantes. Nos essais paraissent très encourageants et sont poursuivis attentivement.

Je puis en tous cas dire que l'emploi des inhalations d'oxygène (emploi qui, bien entendu, paraît tout à fait inoffensif), fait rapidement cesser la crise d'épilepsie.

M. B. PAILHAS, *Médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Albi.*

**Contracture grippale observée chez de vieux déments.** — Depuis deux ans chaque épidémie de grippe a arrêté mon attention sur une symptomatologie particulière à quelques-uns de nos vieux déments de l'Asile et consistant, dès l'invasion de la maladie, en une contracture plus ou moins généralisée.

La mort a été la terminaison des cas les plus accusés, et,

par deux fois, elle s'est produite dans les vingt-quatre heu
La seule autopsie faite a révélé, à titre de lésion anatomo
thologique concomitante, de la congestion des méninges et
léger piqueté de la surface du cortex.

Évidemment il ne s'agit là que d'un processus familier
génie grippal, celui que nous observons si communément d
la clientèle ordinaire sous la forme de cette roideur par
intense qui, avec la céphalée et la rachialgie, marquent
principaux préludes neuropathiques de l'affection. Mais, che
dément sénile, le terrain diffère et de telle sorte que la roid
emprunte aux conditions d'altération préalable des centres r
veux une disposition à transformer, par une réaction absc
ment insolite, des troubles habituellement légers et superfic
en des accidents d'une morphologie massive et d'une gra
parfois foudroyante.

M. Ernest DUPRÉ, *de Paris*. — Dans les cas de ce genre
existe presque toujours un certain degré de méningite
rend compte du syndrome clinique observé (signe de Ker
exagérations de réflexes, contractures).

M. A. MARIE, *Médecin en chef des Asiles de la Seine (Vi
juif)*.

**Les habitués des Asiles.** — Dans sa chronique sur
aliénés en liberté, M. Ritti, en 1903, s'appuyant sur les crin
et délits commis hors l'Asile, avant ou après internement, ré
mait comme mesure générale à tous les aliénés les séquest
tions rapides et les sorties moins faciles.

J'ai, en réponse, préconisé comme mesure générale, l'hôp
psychiatrique d'observation avant internement, l'intervent
judiciaire consécutive et l'*open door* sous toutes ses formes
compris l'assistance familiale surveillée dans la plus la
mesure ; mais je n'ai pas préconisé la colonisation famili
pour les aliénés criminels, comme semble l'indiquer M. Kéra
(pp. 62 et 102) de son rapport.

Au contraire, je préconise l'Asile spécial de sûreté, d'aut
plus que je réclame les libertés nécessaires aux malades n
dangereux, dont je persiste à croire le diagnostic possible.
contre quoi je m'élève, dans ma réponse à M. Ritti, c'est pré

sément cette confusion de tous les aliénés en un seul bloc et en un seul Asile fermé, l'Asile Panacée de 1838.

On pourrait taxer d'enthousiasme juvénile et d'inexpérience ceux qui préconiseraient l'*open door* pour les aliénés criminels. Je proteste contre une telle confusion que rien, dans ce que j'ai écrit, ne permet de m'imputer.

Je profiterai de l'occasion pour développer mes idées concernant ces malades à traiter à part et qui actuellement empoisonnent nos Asiles, au plus grand préjudice du public, des assistés ordinaires et de tout le personnel.

Les efforts des médecins aliénistes depuis un siècle, ont arraché progressivement à la répression des catégories nombreuses d'individus désormais considérés comme malades, et partant irresponsables : des persécutés, des persécuteurs, des dégénérés, des raisonnants, des processifs, des paralytiques, etc., diagnostiqués à temps, ont ainsi pris la route de l'Asile sans passer par le stigmate du jugement et de la condamnation consécutive.

La statistique du nombre des aliénés reflète pour une part ces progrès de la science mentale, qui ne sont pas étrangers à l'augmentation progressive du contingent des Asiles.

Cependant, un certain nombre d'individus encore incarcérés pourraient encore bénéficier de mesures les faisant passer des prisons aux Asiles, si un examen psychique méthodique était pratiqué dans ces milieux.

Quoi qu'il en soit, nous voyons ainsi, au cours du siècle, des catégories importantes d'individus passer de la prison à l'Asile : 1° les uns avant jugement lorsqu'un examen médico-légal a permis de faire un diagnostic à temps ; les autres après jugement et incarcération, la folie étant reconnue après coup ; 2° une deuxième catégorie comprendrait les individus sains au moment de la condamnation, mais atteints de folie plus tard, alors que les précédents étaient des aliénés condamnés parce que méconnus par les tribunaux ; 3° une troisième catégorie de cas pourrait être ajoutée aux précédents, c'est celle de ces individus qui, placés une première fois à l'Asile en dehors de tout démêlé avec la justice, y prennent goût, en quelque sorte, à l'Assistance dont ils deviennent parasites, inoffensifs parfois, ou le plus souvent corrompus au contact des délinquants classés

irresponsables, de qui ils apprennent l'immunité particulière laquelle ils peuvent prétendre désormais et dont ils peuver ensuite abuser.

Au point de vue des établissements normaux d'assistance, l mélange de ces diverses catégories nouvelles d'assistés avec l contingent en vue duquel ils sont fondés, menace de les déna turer dans leur but d'instruments thérapeutiques et d'hôpitau de traitements de plus en plus ouverts. C'est pourquoi il y a lie d'établir un Asile spécial.

Les criminels-aliénés ou condamnés consécutivement recor nus aliénés étaient jusqu'ici au nombre d'une centaine, réuni: au moins durant leur temps de peine, à l'Asile spécial d Gaillon ; après ce temps ils passaient du service pénitentiaire celui de l'Assistance, et je les ai connus, réunis au nombr d'une soixantaine, à l'Asile de l'Eure, dont une section devena en quelque sorte un diverticule de Gaillon.

Les militaires de la légion étrangère, seul corps de profes sionnels subsistant, formaient par leurs réformés, avant o après Conseil de guerre, des délinquants militaires aliénés, d'u nombre à peu près équivalent, réunis à l'Asile de l'Allier où j les ai étudiés.

Cela fait déjà plus de 200 aliénés très particuliers pour qu les a observé de près ; leurs tendances agressives, leur indisci pline, leurs ruses et la simulation fréquemment mêlée aux réel troubles morbides, en font des sujets éminemment difficiles e dangereux pour tout leur entourage, compris les malade inoffensifs qu'ils maltraitent et terrorisent ainsi que le per sonnel.

La suppression du quartier pénitentiaire de Gaillon et de concentrations analogues des Asiles de Navarre, Sainte-Cathe rine, etc., ne saurait aboutir à la simple dissémination dans le Asiles ordinaires de ces sujets très spéciaux.

D'autre part, on va fermer avec raison la sûreté de Bicêtre qui servait de lieu de placement pour les aliénés simples à ten dances dangereuses, répondant jusqu'à un certain point à l qualification d'aliénés criminels par opposition aux précédents

Nouvelle cause de mélange fâcheux ; ajoutons à toutes ce catégories les récidivistes des Asiles, malades à internement multiples, parasites volontaires ou sachant provoquer l'interne

ment d'office par la menace et au besoin l'acte qu'ils savent impunissable par leurs internements réitérés.

Ici, il y a lieu de distinguer les parasites inoffensifs, véritables déclassés et débiles, relevant d'une Assistance permanente, telle que la colonisation agricole, et les vicieux difficiles, chez qui la folie coexiste avec le vice ou affecte des formes d'amoralité qui y confinent.

Ces derniers, au nombre de 150 hommes et 60 femmes pour la Seine, devraient être réunis avec les criminels aliénés et aliénés criminels précités, pour constituer un établissement à part, que le régime particulier et la discipline spéciale nécessaire justifient, non moins que la nécessité d'éviter aux autres une promiscuité inacceptable.

Les parasites inoffensifs des Asiles sont parfois en même temps des parasites des prisons ; il est telle catégorie de récidivistes de la loi sur le vagabondage et la mendicité qui, à les regarder de près, se font arrêter sans jamais commettre des actes bien repréhensibles, juste assez pour être mis à l'abri dans les prisons ; la même cause, c'est-à-dire l'inadaptation sociale par infirmité ou débilité physique ou mentale, peut les faire devenir parasites des Asiles au lieu des prisons, ou bien alterner les divers modes de parasitisme par rapport aux multiples institutions de charité, de thérapeutique, de répression, etc.

Ce parasitisme accentue encore l'insociabilité en achevant d'atrophier ce qui pouvait subsister de facultés d'adaptation. Comme il y a une *Asylum dementia* ou atrophie des instincts sociaux par séjour prolongé aux Asiles, il peut y avoir un affaiblissement psychique spécial analogue, dû aux incarcérations répétées ou prolongées ; les mêmes cas, en fait, s'observent dans les deux milieux artificiels, et ces cas particuliers relèvent d'une assistance continue, distincte, à la fois des aliénés dangereux et des aliénés curables ordinaires.

Les délinquants aliénés et les aliénés dangereux compris ainsi que nous venons de les déterminer, sont des piliers d'Asiles, le plus souvent parce que, chroniques et dangereux, et parce que, même améliorés ou guéris, il pèse du chef de leur danger antérieur une présomption légitime qui influe sur leur maintien, surtout lorsqu'ils ont eu des rechutes antérieures.

L'inconvénient de leur nombre se complique de celui de l maintien prolongé à l'Asile et il faudrait encore sanction plus étroitement leur maintien par une intervention ext médicale (judiciaire autant que possible), qui couvre la resp sabilité du médecin et complète la loi. (Ex. de Vacher s guéri, bien que homicide passionnel antérieur et devenu dep éventreur de bergères.) Cette maintenue a lieu actuellement l'autorité du médecin ou par l'autorité administrative qui p ne pas donner suite à la sortie proposée par le médecin traita (Ex. de Mey, cité plus loin.)

A l'appui de ces vues nous reprendrons les catégories dis guées plus haut au sujet desquelles nous apporterons quelq observations complémentaires.

Au point de vue juridique propre, étant donné le sens où juristes entendent le mot criminel, c'est-à-dire : « Individu ay été reconnu coupable et responsable d'un acte qualifié « crim nous n'avons que rarement à observer à l'Asile des malades ce genre.

Au sens plus général, d'individus ayant commis des ac délictueux et venant des prisons, nous en avons souvent et plus en plus fréquemment, depuis qu'il est question de crée Villejuif une section spéciale d'aliénés difficiles.

Actuellement, nous en avons dans le service 13. Par ge de psychose, on peut les grouper comme suit :

1 Alcoolique (mendicité).
1 Mélancolique (mendicité).
1 Épileptique hémiplégique (contrebande d'allumettes).
1 Persécuté (homicide. Infraction à interdiction de séjour).
1 Dément précoce (mendicité).
1 Dégénéré hystérique (vagabondage).
2 Débiles (vagabondage).
5 Paralytiques généraux (vol, grivèlerie, outrage à la pude menaces de mort, infraction à la police des chemins de fer).

Il était intéressant de reprendre la statistique générale cas de ce genre, c'est-à-dire de tous les individus ayant enco des condamnations variées et évacués ensuite des prisons l'Asile.

Nous avons pu faire cette recherche en ce qui conce l'Asile de Villejuif depuis l'année 1896, soit huit années. En v

le tableau récapitulatif qu'il serait intéressant de compléter avec une statistique semblable pour tous les autres services de la Seine :

| MALADIES | Vagabondage. | Scandales et Ivresse. | P. L. M. et refus de payer. | Vol. | Mendicité. | Coups. | Outrages à la pudeur. | Assassinat et Meurtre. | | | Outrages aux agents. | Bris de clôture. | Ivresse. | Expulsés. | Divers. | Total. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Paralysie générale | 6 | » | 4 | 23 | 4 | 21 | » | » | » | » | » | 1 | 1 | 1 | 2 | 44 |
| Démens séniles et organiques | 10 | 2 | 1 | 9 | 2 | 3 | 21 | » | » | » | » | » | » | » | » | 29 |
| Alcooliques et intoxiqués | 2 | 2 | 1 | 8 | 2 | 1 | 1 | » | » | » | 1 | » | » | » | 1 | 19 |
| Épileptiques (névroses) | » | » | » | » | » | 1 | » | » | » | » | 2 | » | 1 | » | » | 4 |
| Débiles et imbéciles dégénérés | 43 | 6 | 2 | 28 | 10 | 10 | 7 | 6 | » | » | 13 | 2 | 2 | » | 6 | 135 |
| Excités maniaques | 1 | » | » | 4 | » | 1 | » | 1 | » | » | 1 | 3 | 1 | 1 | » | 13 |
| Mélancoliques | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | » | » | » | » | 1 | » | » | » | » | 13 |
| Persécutés | 4 | » | » | » | » | 1 | » | » | » | » | » | » | » | » | » | 5 |
| Démens précoces | 10 | » | » | » | » | » | » | » | » | » | » | » | » | » | » | 10 |
| Totaux | 78 | 12 | 10 | 74 | 19 | 22 | 10 | 7 | » | » | 18 | 6 | 5 | 2 | 9 | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | 272 |

N.-B. — La plupart des arrestations étaient motivées par plusieurs causes concomitantes. Nous n'avons porté chacun des cas que dans la colonne portant le titre du délit devant, d'après la loi, entraîner le plus de pénalité.

Nous avons groupé sous le titre délits divers ceux qui étaient isolés et répondaient à des catégories rares et spéciales (chantage, faux, infractions au code militaire, aux règlements municipaux sur l'ouverture des débits, dégradations des monuments publics, etc.).

Ce sont en principe les malades de ces diverses catégories de délinquants qui sont visés pour être isolés spécialement dans le projet de M. Dubief, où il est question d'Asile pour les aliénés dits criminels et les criminels aliénés.

L'appréciation de l'état mental d'un délinquant au moment son jugement est le plus souvent livrée au seul soin des mag trats qui peuvent méconnaître l'aliéné sous le criminel, et condamner, quitte à reconnaître plus tard son irresponsabili Ce mode d'appréciation établit souvent une confusion entre catégorie d'aliénés criminels et celle de criminels aliénés, ca gories que reconnaissent certains auteurs et que l'on voudr voir plus sérieusement délimitées.

Les deux espèces d'aliénés différenciés par certains sous nom d'aliénés criminels et de criminels aliénés ne sont souv déterminées qu'au hasard des juridictions ; souvent on méc naît le malade ; on en fait un délinquant d'abord, qu'on dét mine aliéné après coup. Plus rarement on s'aperçoit d'emb de l'état morbide et on épargne au malade la tare suppléme taire d'une condamnation inutile.

La distinction des aliénés criminels par opposition aux cri nels aliénés est plus administrative que médicale.

La vraie distinction scientifique serait celle qui opposerait a réactions dangereuses issues de la maladie initiale de leur aute celles qui en seraient indépendantes.

Car il y a des individus dangereux parce qu'aliénés, et d'auti chez qui la criminalité coexiste avec la folie et en peut ê indépendante.

Beaucoup de ceux qui sont dangereux parce qu'aliénés cess de l'être une fois reconnus et soignés convenablement. Ce constatation est d'ordre médical, et un tel individu peut av été inculpé, condamné même, et passer ensuite à l'Asile or naire. Là, il peut être maintenu sans distinction par rapport a autres malades si ses réactions dangereuses étaient en rapp avec des troubles morbides méconnus et atténués depuis, ce est le cas fréquent (Paralysie générale, etc.).

Dans un cas il nous a paru (en dehors de toute simulatic que la prédisposition avait, dans l'isolement cellulaire compl engendré une bouffée délirante dégénérative chez un indivi relativement normal au temps du délit et condamné comme t

Ce condamné, guéri de sa psychose, parut susceptible d'ét de nouveau atteint si on l'eût ramené à la prison cellulair aussi fut-il maintenu à l'Asile par mesure administrative dura plusieurs mois, bien que porté guéri et proposé sortant.

C'est un exemple de maintenue par mesure administrative assez fréquent ; il est donc permis de penser qu'il serait facile d'édicter des mesures spéciales de sorties pour les aliénés dangereux ou difficiles. Toutefois ces mesures devraient toujours être prises après avis des médecins, car elles peuvent être inutiles parfois, témoin le cas précité dont il me suffira de donner ici un extrait du dossier médical :

« Mey...., condamné à 13 mois de prison, le 5 juin 1902, pour mendicité en réunion. Passé de Fresnes au Dépôt le 10 juillet, reconnu délirant, mais passé au Pavillon de chirurgie pour panaris profond du pouce, opéré le 24 juillet et renvoyé à l'Asile de Villejuif le 7 août 1902.

« 22 septembre 1902.

» Monsieur le Préfet,

» J'ai l'honneur d'appeler votre bienveillante indulgence et votre sollicitude sur le nommé Mey... Arthur, en vue d'obtenir, s'il est possible, qu'il soit l'objet d'une mesure administrative permettant son renvoi à la frontière Belge.

» Cet homme a encouru une peine d'un an d'emprisonnement qu'il a commencé à subir en cellule. (Il peut je crois, de ce chef, obtenir remise du quart de la peine.) Devenu malade ensuite par troubles mentaux (mélancolie avec idées de persécution), il a présenté des complications morbides ayant entraîné une intervention chirurgicale sérieuse au Pavillon chirurgical de Sainte-Anne.

» Je ne puis le garder à l'Asile puisqu'il ne délire plus, et mon devoir de médecin fait que je dois faire toutes réserves concernant la rechute imminente au cas où il serait de nouveau emprisonné en cellule à Fresnes.

» Je propose qu'il soit de suite expulsé sur la frontière Belge pour rejoindre sa famille et éviter la réapparition de troubles mentaux.

» Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, etc.

» Dr Marie. »

Le malade, malgré les certificats de non-délire de MM. Pactet et Marie, fut maintenu à l'Asile jusqu'à l'expiration de sa peine complète, sans remise du quart, c'est-à-dire jusqu'au 25 mars 1903, six mois après les propositions de sortie réitérées.

Outre les catégories précédentes, les Asiles renferment actuellement toute une série d'individus vicieux qui, par leur indiscipline, leurs mauvaises habitudes, leur tendance à la révolte et leurs penchants agressifs sont la terreur du personnel et des malades tranquilles ; ils peuvent avoir commis des délits, indé-

pendamment de leur état morbide, mais souvent aussi ils save
rester à la limite du Code, soit en bénéficiant d'un interneme
préalable, soit autrement ; sans commettre toujours des act
nettement repréhensibles au dehors, ils se rendent cependa
presque toujours insupportables dans les services ordinaires.

Ils diffèrent profondément des aliénés criminels avec lesque
on serait tenté de les confondre, et tandis que pour ces dernie
il serait nécessaire de modifier la loi de 1838 au point de vue
leur placement et de leur maintenue à l'Asile, pour les vicieu
la loi de 1838 et l'autorité médicale pourraient suffire pour régl
les différents détails de leur traitement. Il est évident qu'
attendant les modifications à la loi un tel service des vicie
pourrait, à *fortiori*, recevoir certains aliénés criminels et crim
nels aliénés.

Le projet, qui est actuellement sur le point de se réaliser po
le département de la Seine, comprendra les individus dangere
dans la plus large acception, non seulement les individus q
ont eu maille à partir avec la justice, mais aussi les individ
qui n'ont jamais été condamnés et qui cependant, dans l'Asil
constituent un gros danger. J'ai dans mon service un indivi
qui est antropophage, c'est un mangeur de nez et d'oreilles ;
n'a pas eu maille à partir avec la justice, mais je suis obligé
le laisser en chambre d'isolement presque constamment, par
que dans la cour, en passant près d'un malade, il lui saute
visage pour le mordre. Il n'a jamais été condamné, mais il fa
drait qu'on puisse le mettre dans un quartier spécial pour qu'il
fût plus en contact avec les malades ordinaires que nous avon

Il y a d'autres individus que leur état de folie sexuelle obli
à entrer dans nos Asiles. Or, il peut y avoir des malades tr
tranquilles, très honnêtes, qui se trouvent voisins de lit avec
individu qui n'a jamais été condamné, mais dont les mœurs so
particulièrement dangereuses pour ceux qui sont en dorto
avec lui, d'autant plus que ces derniers peuvent être des ge
extrêmement intéressants et que la loi oblige à passer p
l'Asile, ce qui comporte comme corollaire moral le devo
d'assainir cet Asile et d'y proscrire certaines promiscuités.

On doit donc prévoir des Asiles spéciaux pour des individ
de ce genre qui ont eu la chance de passer au début pour d
aliénés, qui s'en servent pour commettre des délits quand on l

fait sortir, sûrs de l'impunité par la présomption de folie, mais qui sont quand même de mauvais garnements, tout en étant déséquilibrés. Il y a de ces individus qui savent très bien que du fait de leur brevet d'aliénés ils ont le droit de tuer un sergent de ville ou de faire n'importe quoi. Il est certain que ces individus-là usent d'une véritable terreur et disent ouvertement, au moment où on va les faire sortir : Je sais bien que j'ai été un aliéné et que je puis commettre maintenant un crime, on ne me condamnera pas. Ces individus-là, s'ils ont été constatés aliénés avant toute condamnation, ne peuvent plus être catalogués dans les criminels devenus aliénés. Il faudrait donc pouvoir faire passer ces gens-là dans une section distincte pour en débarrasser les services de traitement, afin de pouvoir traiter avec le moins de discipline possible et avec toutes les atténuations compatibles avec la thérapeutique actuelle des malades, qui eux n'ont pas du tout besoin d'être tenus de la même façon.

Ce que nous venons de dire suffit à caractériser ces vicieux ; les hommes sont évidemment en plus grand nombre que les femmes, mais pour ces dernières il suffit de citer les prostituées et certaines héréditaires à tendance éminemment vicieuse, profondément perverties, qui du fait de leurs mœurs et de leurs excès de langage, sont une gêne permanente pour les autres malades qui se plaignent fréquemment de se trouver en contact avec elles.

Jusqu'à présent, la sûreté de Bicêtre recevait seule ces malades hommes. Il est inutile de répéter ici que ni par son aménagement, ni par le régime imposé aux malades, elle ne répondait aux besoins du service.

Deux conditions indispensables doivent être remplies pour qu'un service de vicieux soit d'une utilité incontestable :

1° Il faut répartir les malades par petits groupes dans des locaux aussi restreints que possible, de façon à éviter les groupements et les révoltes qui en résultent et à rendre la surveillance plus facile ;

2° Il faut faire travailler les malades. Le travail, sans être obligatoire absolument, doit être encouragé par tous les moyens possibles. En même temps qu'il occupe et distrait les malades, il éloigne de l'Asile les paresseux qui trouvent là un refuge tout indiqué contre l'hiver et la misère ;

3° Ce travail doit être, non pas agricole, et cela à cause d évasions qui seraient constantes, mais industriel et individu

Ces conclusions ont été d'ailleurs exposées devant la Co mission mixte du Conseil Général en 1899, par M. le Dr Coli dans son rapport sur les aliénés vicieux dans les Asiles d'aliéné Elles ont reçu l'entière approbation de M. Magnau, dans s rapport sur le prix Baillarger. *(Bulletin de l'Académie de Méd cine,* 30 octobre 1900.)

Elles ont, du reste, commencé à être appliquées dans dive pays, la Grande Bretagne à Braadmor pour ses aliénés dang reux d'Angleterre, Dundrum pour l'Irlande et le quartier Perth que j'ai décrit ailleurs pour l'Écosse ; tout récemment, Allemagne, il vient d'être ouvert un service analogue à ce qu'il est question de créer à Paris.

Si la séparation de ces malades difficiles était réalisée, pourrait appliquer plus largement la porte ouverte dans des se vices où l'on réunirait les travailleurs convalescents et les chr niques inoffensifs en attente pour l'Assistance familiale.

Pour ces individus dangereux, chez qui la folie existe avec d tendances anti-sociales indépendantes, il faut des établissemer spéciaux, non annexés aux prisons ; mais il faudrait que d spécialistes qualifiés et compétents puissent, dans les prisor faire la recherche et le diagnostic de ces cas.

Ces derniers sujets et quelques-uns des catégories précédent spécialement désignés par les médecins, devraient pouvoir êt traités à part, en vertu d'expertises médicales sur lesquelles prononcerait l'autorité judiciaire, concluant à ce placeme spécial, si l'expertise et les faits sur lesquels elle s'appuie para sent le légitimer.

La sortie de ces établissements spéciaux serait égaleme soumise à une appréciation judiciaire analogue, tranchant s les propositions motivées des experts.

Toutes les autres prescriptions de la loi actuelle seraie d'ailleurs applicables à ces établissements, hors celles de l'entr et de la sortie.

M. le Dr MARIE, *Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine)*, et M. MARCEL VIOLLET, *interne des Asiles de la Seine.*

## Sur la Démence organique secondaire à quelques délires chroniques hallucinatoires.

Les hallucinations observées chez les délirants chroniques sont parfois unilatérales (perçues par une seule oreille), ou bien elles paraissent provenir toujours d'une même direction. Si ces malades présentent plus tard des troubles moteurs et sensitifs post-apoplectiques du même côté que celui où se produisent les hallucinations, on peut être amené à ne pas considérer ces faits successifs comme des coïncidences. Nous pensons que les hallucinations sont, dans ces cas, le produit de l'éréthisme vasculaire chez des prédisposés, éréthisme précédant et motivant la lésion circonscrite ultérieure.

A l'appui de nos opinions, nous apportons cinq observations tirées des auteurs et de notre pratique personnelle.

L'étude minutieuse des hallucinations des délirants chroniques les fait voir le plus souvent stéréotypées, orientées dans un sens déterminé. Les voix viennent du plancher, ou bien du plafond ; du côté droit ou du côté gauche, ou encore de par derrière.

La plupart des malades ne les entendent que d'un côté, toujours le même soit des deux oreilles, soit d'une seule. Nous pourrions en dire autant des hallucinations de la vue qui, le plus souvent, se produisent en un point déterminé de l'horizon ; il est toutefois plus rare que la vision ne soit perçue que par un seul œil. (Cas de Peterson, N. V. *méd. journ.*, 30 août 1890.)

Si chez ces malades devenus vieux, il se produit une lésion en foyer entraînant des troubles moteurs du même côté que celui où se produisaient les hallucinations, on est tenté d'attribuer celles-ci à un éréthisme vasculaire de l'hémisphère correspondant (c'est-à-dire opposé aux troubles moteurs et hallucinatoires). Cet éréthisme vasculaire préexiste à la rupture ou à l'obstruction du vaisseau, le fait est démontré par la présence des anévrismes miliaires et des plaques d'athérome ; il est fort possible qu'il amène des troubles dans le tonus cérébral et dans le mode d'activité des cellules nerveuses irrignées.

Le fait même de la direction toujours semblable et constante, des hallucinations, suivie de troubles apoplectiques du même côté n'est pas sans analogie avec ce que nous savons de la déviation conjuguée de la tête et des yeux après l'ictus. Rappelons que la déviation conjuguée se rencontre dans les lésions en

.foyer des hémisphères et du mésocéphale, et, d'après Landouzy et Grasset, suit les directions suivantes :

. Dans les lésions d'un hémisphère, le malade regarde ses membres convulsés, s'il y a excitation, et regarde sa lésion s'il y a paralysie.

Dans les lésions du mésocéphale, le malade regarde ses membres paralysés s'il y a paralysie, et sa lésion s'il y a excitation.

Il ne saurait s'agir du mésocéphale lorsque l'on s'occupe de phénomènes psychiques. Nous voyons que l'analogie se complète pour les hémisphères, par ce fait que les hallucinations sont produites par l'éréthisme *excitant* dont nous parlons et se présentent du côté des membres ultérieurement paralysés, ainsi que le faisait prévoir la loi de Landouzy et Grasset.

A l'appui de cette idée de l'origine centrale des hallucinations nous apportons ici des faits que nous avons empruntés aux auteurs et que nous avons tiré de notre pratique personnelle.

M. P. Garnier (*Arch. génér. de médecine, 1889*, t. I, page 320) donne l'observation d'un malade frappé d'ictus avec aphasie incomplète et qui ne voyait dans ces phénomènes qu'une exacerbation des tourments que lui infligeaient ses persécuteurs. « Son aphasie n'avait rien détruit de sa situation mentale antérieure ; on peut dire qu'elle était venue apporter des aliments nouveaux au délire et le fortifier. Dans la mesure où il pouvait se rendre compte de la perturbation apportée dans les divers modes dont se compose le langage, Eugène B... était persuadé qu'un tel trouble était le résultat de manœuvres exercées sur lui par des hommes de la science et il est vraisemblable que sa conviction se basait sur des phénomènes analogues à ceux qu'il avait présentés autrefois. »

M. Lwoff (*Thèse de Paris, 1891*, observ. IV) cite un cas où la survenance d'une lésion localisée unilatérale assez étendue avait eu une influence curative sur les phénomènes hallucinatoires et les accidents délirants.

M. Féré (*Soc. de Biol.*, 14 mars 1896), rapporte l'observation d'une malade atteinte de déviation conjuguée par contraction spasmodique des muscles de l'œil, de la tête et du cou, qui présente, à chaque accès de contracture, une hallucination correspondante, latéralisée et orientée dans le sens de la déviation

tion conjuguée ; elle est unilatérale en ce sens, bien que perçue par les deux yeux.

MM. Marie et Bonnet (Congrès de Nancy, 1893), rapportent le cas d'un malade mort d'ictus avec hémiplégie gauche, à l'autopsie duquel on trouva une hémorrhagie cérébrale de l'hémisphère droit. Ce malade avait toujours été soupçonneux. Il en voulait aux prêtres à cause de la trahison d'un secret de confession, mais, étant resté très religieux, il se « confessait directement à Dieu ». Il s'aperçut plus tard que des esprits lui volaient ses prières, les répétaient en même temps que lui « sur sa gauche ». Plus tard, il a vu Dieu sortir du cadre d'un tableau de la chapelle gauche de l'église ; il a reconnu que c'était son propre portrait. Dès lors, il dictait des sentences, s'inspirant d'un vieux missel qui « contenait de bonnes et de mauvaises choses, ça dépend du côté... » les feuillets seuls de gauche étant bons. Il dialoguait en outre avec les « gars de gauche » devenus bienveillants, qui l'inspiraient et lui dictaient ses réponses. Il semblait s'adresser à des êtres imaginaires, orientant son oreille et ses yeux vers l'angle supérieur gauche du plafond.

Nous avons eu l'occasion d'observer, à Villejuif, un malade fort intéressant à ce point de vue. Le délire de ce malade, délire mystique avec idées de négations et mégalomanie religieuse sera étudié en détail ultérieurement. Ce malade présente des hallucinations de la vue et de l'ouïe en rapport avec son délire. Apparitions divines et diaboliques, injures, insultes, puis écho de la pensée, puis discussions théologiques et dogmatiques sont vus des deux yeux et perçus des deux oreilles. Mais ces visions sont toujours placées à droite, de même les paroles entendues lui paraissent prononcées à droite. Ces hallucinations ne cessent pas depuis 1896.

En Octobre 1901, B... eut des maux de tête violents qui le forcèrent à s'aliter. Il eut alors un ictus très léger, à la suite duquel il présenta une hémiparésie droite, surtout marquée à la face : ptosis de la paupière supérieure droite, abaissement de la commissure labiale à droite, déviation de la langue dans le même sens ; le malade ne pouvait plus siffler, la parole était embarrassée. Il éprouvait une certaine pesanteur douloureuse dans l'épaule et dans le genou droit. Il paraît bien que l'on ait eu affaire à ce moment à un trouble vasculaire quelconque limité à l'hémisphère gauche.

Concurremment à ces troubles moteurs et sensitifs, il y eu redoublement des hallucinations auditives, tant au point de vu de leur fréquence que du mode comminatoire de la conversa tion. Par contre, les hallucinations de la vue (hallucination consolantes, Dieu, le miroir du Ciel, la Sainte-Vierge) disparu rent pour un temps ; ce ne fut que lorsque les troubles moteur s'atténuèrent que ces hallucinations reparurent.

Des troubles qu'il a présenté, le malade conserve encore un déviation légère de la langue à droite, avec diminution de l force musculaire du même côté.

Ces quelques observations montrent qu'il est légitime de pen ser à un trouble anatomique ou dynamique cérébral producteu des hallucinations, et que l'activité des cellules nerveuses n'es probablement modifiée que secondairement à un trouble vascu laire. La localisation des hallucinations dans un point de l'espac toujours le même chez ces sujets, et la production ultérieur d'une lésion nerveuse d'origine vasculaire dans l'hémisphèr correspondant (c'est-à-dire opposé à la direction des hallucina tions) ne doivent, semble-t-il, pas être regardées comme d simples coïncidences. Sans doute nos observations ne sont pa très nombreuses, mais, à vrai dire, les délirants chroniques sor assez rares, leur vie dans l'Asile est fort longue, si bien que l même observateur ne peut observer toute l'évolution de leu délire que dans des cas exceptionnels. Lorsque les lésion circonscrites se produisent, elles peuvent tuer le malade, ou l mettre dans un état démentiel qui l'empêche de renseigner l médecin sur les troubles antécédents et les particularités délica tes du délire antérieur. Toutes ces causes rendent très difficile l'étude de ces malades ; nous pensons qu'elles ont empêché le observations d'être plus nombreuses à ce point de vue. Nous n doutons pas qu'en attirant l'attention des spécialistes sur ce faits, nous ne voyions dans un avenir proche les observation en devenir plus nombreuses.

M. le Dr DUBOURDIEU, *Médecin directeur de l'Asile a Lesvellec.*

**Caisse des Retraites des Médecins d'Asile d'alié nés.** — Point n'est besoin d'être depuis longtemps dans le Asiles pour savoir à quoi s'en tenir sur la question des retraite des médecins de ces établissements. Vous savez tous, mes cher

collègues, combien souvent nous nous heurtons à des difficultés inhérentes à la diversité et au défaut d'harmonie de leurs Statuts. Il y en a, cependant, de ces Statuts qui vont un peu loin dans l'arbitraire et la méconnaissance de nos droits de fonctionnaires.

Le département du Morbihan accepte bien, dans sa Caisse, les sommes versées par les médecins-adjoints pour services antérieurs, il accepte également les retenues exercées sur leur traitement pendant le séjour à l'Asile départemental de Lesvellec, mais il refuse catégoriquement, lors de leur départ, de rendre les unes et les autres. N'est-ce pas là, mes chers collègues, une pratique quelque peu abusive de nos droits ?

*Plusieurs voix.* — Mais, c'est tout simplement un vol !

Dr Dubourdieu. — Je continue : Ce même département du Morbihan veut bien compter, aux Directeurs-médecins, leurs services antérieurs, mais en cas de retraite, il calcule les retenues sur le chiffre du premier traitement dans le département du Morbihan ; de sorte que, si le Directeur-médecin a été nommé à la 1re classe du grade, dans ce département, c'est-à-dire 7.000 fr., il devra verser sur ses traitements antérieurs, comme s'il avait toujours eu 7.000 fr., bien qu'en réalité, comme Médecin-adjoint et médecin-directeur, il n'ait eu, jusque-là, que des traitements allant successivement de 2.500 à 7.000 fr. ? N'est-ce pas là quelque chose d'extraordinaire ? Et que devient, dans ce cas-là, la loi de 1853 sur les retraites qui prescrit la retenue de 5 °/₀ seulement ? Dans le cas qui nous occupe, ce n'est plus 5 °/₀ mais 7, 8, 9 et même 10 °/₀ qu'on prélève.

D'autres départements, comme l'Orne, n'admettent pas les fonctionnaires et employés de l'Asile au bénéfice de la Caisse départementale des retraites.

Tel autre refuse des retenues pour les sommes inférieures à 5.000 fr. de traitement, comme la Haute-Vienne.

Enfin tous (et c'est là-dessus, mes chers collègues, que j'attire tout particulièrement votre attention), ont la faculté, sous le prétexte le plus futile, au moment de la retraite, quand vous y avez tous les droits, de vous faire déplacer et de vous faire envoyer dans un autre Asile où un nouveau séjour de 10 et même de 15 ans est parfois nécessaire. L'âge avancé et les infirmités arrivant souvent avant la fin de cette nouvelle période, peuvent nous forcer à quitter la carrière sans aucune retraite ou avec

une retraite proportionnelle. Enfin la mort peut venir nous su prendre et c'est la misère pour la veuve et les enfants oblig de mendier, au Département, des secours qui peuvent ne p leur être toujours accordés.

Je n'en finirais pas, mes chers collègues, si je voulais vo signaler toutes les imperfections et toutes les singularités d Caisses départementales de retraites. A quoi bon, d'ailleur Vous les connaissez chacun en particulier aussi bien que m j'ai tenu à vous parler, en particulier, de celles du departeme où j'habite, pour attirer votre attention sur les anomalies d Statuts qui nous régissent en général, et pour vous demand s'il ne serait pas nécessaire d'appeler la bienveillante attenti des Pouvoirs publics sur la situation, déplorable souvent, c nous est faite et à laquelle on pourrait peut-être remédier, M. le Ministre de l'Intérieur, mieux informé, consentait à pre dre notre juste cause en main et à la solutionner au mieux nos intérêts.

L'étude suivante sur les Caisses départementales de retrai auxquelles sont forcés de verser les médecins des Asiles a pc but de montrer la diversité de leurs Statuts, leurs anomali leurs restrictions, en un mot, dans leur rédaction, toutes l différences en général très préjudiciables aux médecins al nistes.

Il sera fait abstraction, dans cette étude, de deux départ ments, la Haute-Vienne et la Côte-d'Or, dont nous n'avons nous procurer les Statuts.

**Départements n'admettant pas le personnel des Asiles à verser à leurs Caisses.**

Il en existe trois : la Seine-et-Oise, l'Orne et la Savoie.

Le premier de ces départements vient de construire un As et il n'est pas dès lors étonnant que les Statuts de la Cai départementale de retraites soient muets en ce qui concerne personnel de l'Asile.

L'Orne n'a jamais voulu admettre dans sa Caisse les reten sur le traitement des agents, fonctionnaires ou employés l'Asile ; aussi les Directeurs et les Médecins-adjoints ne séjo nent guère dans ces départements où ils n'ont aucun ave assuré.

**Départements versant les retenues de leurs fonctionnaires à la Caisse des Retraites pour la Vieillesse.**

Ils sont au nombre de trois : l'Oise, la Savoie et le Maine-et-Loire.

Ils suivent les règles générales de cette Caisse sauf certaines modifications et détails ci-après :

RÈGLE GÉNÉRALE

Les retenues sont de 5 °/₀ sur les appointements des fonctionnaires ; ces retenues sont versées à la Caisse des retraites. Le Département ou l'Asile à leur tour versent aussi 5 °/₀.

Les versements se font à capital aliéné ou réservé. Le maximum de la retraite est de 1.200 fr. plus les intérêts des sommes annuelles qui, dépassant 500 fr., ont été placées soit à la Caisse d'épargne, soit en rentes sur l'État.

Ce maximum de 1.200 fr. de retraite est bien peu de chose si on le compare aux autres retraites de l'État qui peuvent atteindre le maximum de 6.000 fr.

Les livrets suivent les titulaires.

MODIFICATIONS SPÉCIALES

1° *Oise.* — L'Asile et non le Département verse sa part contributive de 5 °/₀ à raison de 4/5 pour le mari et 1/5 pour la femme. L'âge de la retraite est facultativement à 50 ans ;

2° *Savoie.* — Le titulaire du livret a droit à la retraite à partir de 55 ans seulement. Le versement à 5 °/₀ par le Département profite pour 3/4 au mari et pour 1/4 à la femme [1] ;

3° *Maine-et-Loire.* — Jouissance de la pension à partir de 50 ans. Les retenues antérieures subies dans les autres départements sont obligatoirement versées à la Caisse des retraites. Conséquence : si le fonctionnaire quitte le Maine-et-Loire et désire prendre sa retraite dans le nouveau département où il est nommé, il emporte bien son livret, sa propriété, mais la Caisse des retraites ne lui rembourse pas l'argent versé et il est obligé à nouveau de reverser dans ce département toutes les

1. — A la suite d'un différend survenu entre l'Asile de Bassens qui est autonome et le Conseil Général, celui-ci a décidé, paraît-il, de n'admettre plus à la Caisse de retraites départementales les fonctionnaires et employés de l'Asile.

retenues subies dans les départements où il a résidé y comp celui de Maine-et-Loire : d'où versement double.

Conclusion. — De l'étude précédente, il ressort cette cons tation que, d'une façon générale, si l'Oise, le Maine-et-Loire la Savoie ont les mêmes Statuts généraux, ils n'en imposent p moins certaines restrictions ou modifications particulières, plupart au désavantage des titulaires de ces Caisses et, parta des médecins de l'Asile obligés à y verser.

**Caisses de Retraites départementales proprement dit**

La diversité qui est déjà si grande pour les Caisses de vieillesse le devient encore davantage pour les Caisses départ mentales proprement dites. Car chaque département a élabo des Statuts à sa guise auxquels doivent cependant et forcém se soumettre les médecins des Asiles.

Les tableaux suivants en sont la preuve.

Ils ont été extraits, en partie, du compte-rendu du Congr de Médecine mentale de Rouen de 1890, et ils ont été modifi suivant les changements survenus depuis cette époque dans l Statuts des Caisses départementales de retraites.

**Maximum des retraites départementales indiqué par quo et par département :**

| 1/2 du traitement moyen des trois dernières années. | 3/4. | 2/3. | 4/5. | 5/6. | Pas de maximum au-dessus de la 1/2. | Total. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| + 1/40e par an en sus des 30 ans. } Aisne.<br>+ 1/30e par an en sus. } Morbihan. | Allier.<br>Bouches-du-Rhône<br>Charente.<br>Gironde.<br>Hte-Garonne.<br>Ille-et-Vilaine.<br>Isère 1.<br>Rhône 2.<br>Sarthe. | Ariège.<br>Aveyron.<br>Cher.<br>Charente.<br>Eure.<br>Finistère.<br>Jura 3.<br>Lozère.<br>Mayenne.<br>Marne.<br>Meurthe-et-Mos.<br>Meuse.<br>Morbihan.<br>Nièvre.<br>Seine-Inférieure.<br>Vaucluse.<br>Yonne. | Gers.<br>Vendée. | Loir-et-Cher.<br>Nord.<br>Pas-de-Calais. | Eure-et-Loir.<br>Haute-Marne. | |
| 2 | 9 | 17 | 2 | 3 | 2 | 35 |

1. — Sans pouvoir dépasser 6.000 fr.
2. — — — 4.500 fr.
3. — — — 600 fr.

**Caisses départementales réparties par quotité minima de retraite à 30 ans de services sans indication d'âge et avec indication d'âge.**

| 600f | 4.000f | 1/2 4.400f | 2/3 5.860f | 5.870f | 5.500f | 5.280f | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jura. | Charente-Inférieure. | Aisne.<br>Ariège.<br>Aveyron.<br>Bouches-du-Rhône.<br>Charente.<br>Cher.<br>Eure.<br>Eure-et-Loir.<br>Finistère.<br>Gers.<br>Gironde.<br>Ille-et-Vilaine.<br>Loire-Inférieure.<br>Lozère.<br>Marne.<br>Haute-Marne.<br>Mayenne.<br>Meurthe-et-Moselle.<br>Meuse.<br>Morbihan.<br>Nièvre.<br>Nord.<br>Seine.<br>Seine-Inférieure.<br>Vaucluse.<br>Yonne. | Allier.<br>Loir-et-Cher.<br>Pas-de-Calais.<br>Rhône.<br>Var. | | Haute-Garonne. | Sarthe.<br>Vendée. | |
| 1 | 1 | 26 | 5 | » | 1 | 2 | 36 |

**Tableau de répartition des Caisses départementales d'après la durée minima des services.**

| 25 ans aucune condition d'âge. | 25 ans et de 50 à 55 ans d'âge. | 30 ans et de 48 à 50 ans d'âge. | 30 ans sans condition d'âge. | 30 ans et 55 ans d'âge. | 30 ans et 60 ans d'âge. | 30 ans et 52 ans d'âge. | 30 ans et 57 ans d'âge. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bouches-du-Rhône.<br>Nièvre. | Haute-Garonne. | | Aisne.<br>Allier.<br>Cher.<br>Eure.<br>Eure-et-Loir.<br>Ille-et-Vilaine.<br>Loire-Inférieure.<br>Loir-et-Cher.<br>Haute-Marne.<br>Pas-de-Calais.<br>Rhône.<br>Var.<br>Vaucluse. | Gers.<br>Jura.<br>Lozère.<br>Marne.<br>Meurthe-et-Moselle.<br>Sarthe.<br>Seine-Inférieure. | Aveyron.<br>Ariège.<br>Charente-Inférieure.<br>Finistère.<br>Gironde.<br>Mayenne.<br>Morbihan.<br>Nord.<br>Seine.<br>Vendée.<br>Yonne. | Charente | Meuse. |
| 2 | 1 | » | 13 | 7 | 11 | 1 | 1 |

**Répartition des Caisses départementales d'après le nombre d'années exigées dans le dernier traitement pour le calcul du traitement moyen.**

| 3 ans. | 5 ans. | 6 ans. |
|---|---|---|
| Aisne, Allier, Ariège, Bouches-du-Rhône, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Haute-Garonne, Gers, Ille-et-Vilaine, Isère, Jura, Loir-et-Cher, Lozère, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Meuse, Morbihan, Nièvre, Nord, Pas-de-Calais, Rhône, Sarthe, Seine, Seine-Inférieure, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Yonne. | Aveyron. Gironde. Meurthe-et-Moselle. | Caisse des pensions civiles. |
| 33 | 3 | |

**Tableau des Caisses départementales réparties suivant la quotité allouée aux veuves dans la pension de retraite du mari décédé.**

| 2 de la pension du mari. | 1/2 plus une fraction par enfant mineur. | 1/3 | 1/4 plus une fraction par enfant mineur. | de 1/3 à 1/2 plus une fraction par enfant mineur. | 2/5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Allier. | Cher. | Eure-et-Loir. | Eure. | Aisne. | Charente. |
| Aveyron. | Ille-et-Vilaine. | Finistère. | | Ariège. | |
| Bouches-du-Rhône. | Isère. | Haute-Marne. | | Seine. | |
| Charente-Inférieure. | Loir-et-Cher. | Loire-Inférieure. | | Haute-Vienne. | |
| Haute-Garonne. | Marne. | Jura [2]. | | | |
| Gironde. | Meuse. | | | | |
| Jura [1]. | Nièvre. | | | | |
| Lozère. | Pas-de-Calais. | | | | |
| Loire-Inférieure. | | | | | |
| Mayenne. | | | | | |
| Meurthe-et-Moselle. | | | | | |
| Morbihan. | | | | | |
| Nord. | | | | | |
| Rhône. | | | | | |
| Sarthe. | | | | | |
| Vaucluse. | | | | | |
| Vendée. | | | | | |
| Yonne. | | | | | |
| 9 | 8 | 5 | 1 | 4 | 1 |

[1] Il y a un ou plusieurs enfants mineurs au-dessous de 15 ans.
[2] Il n'y a pas d'enfants mineurs au-dessous de 15 ans.

**Durée minima de séjour pour avoir droit à la retraite.**

| 6 ans. | 10 ans. | 12 ans. | 15 ans. |
|---|---|---|---|
| Seine. | Allier. | Charente-Inférieure. | Aveyron. |
| Vendée [1]. | Aisne. | Jura. | Isère. |
| | Ariège. | Lozère. | Mayenne. |
| | Bouches-du-Rhône. | Pas-de-Calais. | Seine. |
| | Basses-Pyrénées. | Rhône. | |
| | Charente. | Morbihan. | |
| | Eure. | | |
| | Eure-et-Loir. | | |
| | Haute-Garonne. | | |
| | Gironde. | | |
| | Ille-et-Vilaine. | | |
| | Loire-Inférieure. | | |
| | Marne. | | |
| | Meuse. | | |
| | Nièvre. | | |
| | Nord. | | |
| | Sarthe. | | |
| | Vaucluse. | | |
| | Var. | | |
| | Vendée [2]. | | |
| | Finistère. | | |
| 2 | 21 | 6 | 4 |

Aucun tableau de ce travail ne montre mieux combien la diversité des règlements peut être préjudiciable aux médecins des Asiles. En effet, qu'un de ces praticiens, arrivé à 60 ans, vienne à déplaire, ou qu'un Conseil Général trouve trop lourde la retraite à lui servir, tout aussitôt il peut être envoyé dans la Mayenne ou dans l'Isère par exemple, où, pour obtenir la retraite, il devra rester 15 ans au moins, c'est-à-dire jusqu'à 75 ans. N'est-ce pas un abus criant que de telles monstruosités puissent se commettre, que les fonctionnaires de l'Asile puissent être traités en parias et privés d'une retraite à l'âge où ils étaient légitimement en droit de l'atteindre et de l'obtenir comme tout autre fonctionnaire ?

1. — Pour les fonctionnaires au-dessous de 40 ans.
2. — Pour les fonctionnaires au-dessus de 40 ans.

Le taux de la retenue varie suivant les départements de la façon indiquée dans le tableau ci-dessous.

**Départements faisant verser une retenue de :**

| 3 %. | 4 %. | 5 %. | 5.50 %. | 6 %. | 11 5/12 %. |
|---|---|---|---|---|---|
| Seine-Inférieure [1]. | Aisne.<br>Jura.<br>Seine-Inférieure [2]. | Ariège.<br>Aveyron.<br>Allier.<br>Bouches-du-Rhône.<br>Basses-Pyrénées.<br>Charente.<br>Cher.<br>Charente-Inférieure.<br>Eure.<br>Eure-et-Loir.<br>Finistère.<br>Gers.<br>Gironde.<br>Haute-Garonne.<br>Ille-et-Vilaine.<br>Lozère.<br>Marne.<br>Meuse.<br>Morbihan.<br>Mayenne.<br>Meurthe-et-Moselle.<br>Nièvre.<br>Nord.<br>Oise.<br>Pas-de-Calais.<br>Sarthe.<br>Savoie.<br>Seine-Inférieure [3].<br>Vendée. | Seine. | Isère.<br>Loir-et-Cher.<br>Rhône.<br>Var. | Vendée [4]. |
| 1 | 3 | 29 | 1 | 4 | 1 |

**Départements admettant les services antérieurs dans le décompte de la retraite :**

Aveyron, Allier, Aisne, Ariège [5], Bouches-du-Rhône, Basses-Pyrénées, Cher, Eure-et-Loir, Eure, Gers, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Isère, Jura, Loire-Inférieure, Lozère, Loir-et-Cher, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Marne, Meuse, Morbihan, Nièvre, Nord, Pas-de-Calais, Rhône, Seine, Seine-Inférieure, Vendée, Vaucluse, Var, Yonne.

1. — Pour les traitements au-dessus de 1.000 fr.
2. — — — entre 1.000 et 2.000 fr.
3. — — — au-dessus de 2.000 fr.
4. — Pour la première année seulement et 5 % pour les années suivantes.
5. — Dispense de verser les retenues antérieures

**Départements admettant les avantages en nature dans le décompte de la retraite :**

Bouches-du-Rhône, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Eure, Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Jura, Loire-Inférieure, Loir-et-Cher, Mayenne, Marne, Nord, Pas-de-Calais, Rhône, Yonne.

Les autres départements sont muets sur la question des avantages en nature sur lesquels on verse des retenues[1]. Or, est-il bien sûr qu'ils ne feront pas de difficultés à leur sujet pour la liquidation de la pension ? Voudront-ils les décompter dans les calculs de cette retraite ? C'est peu probable. Les fonctionnaires ont déjà eu des difficultés à ce point de vue, dans les Basses-Pyrénées notamment, dans le Morbihan et dans l'Isère. Dans ce département, le Conseil Général s'est refusé même à rembourser les retenues sur les avantages en nature après n'avoir pas voulu les admettre dans le décompte de la pension. Tous les départements consentent à reverser dans un autre les retenues des fonctionnaires déplacés. Deux cependant n'agissent pas de même, le Morbihan et l'Ariège. Le Morbihan va plus loin encore, il retient les sommes provenant d'autres départements et qui lui ont été versées par les Médecins-adjoints lors de leur nomination dans ce département.

**Durée minima des services exigés pour obtenir la retraite proportionnelle :**

| Aucune durée. | 7 ans. | 10 ans. | 12 ans | 15 ans. | 20 ans |
|---|---|---|---|---|---|
| Loir-et-Cher. | Isère. | Allier.<br>Aisne.<br>Bouches-du-Rhône.<br>Basses-Pyrénées.<br>Charente.<br>Cher.<br>Eure.<br>Haute-Garonne.<br>Lozère.<br>Loire-Inférieure.<br>Marne.<br>Meuse.<br>Morbihan.<br>Nièvre.<br>Nord.<br>Seine-Inférieure.<br>Seine.<br>Var. | Charente-Inférieure.<br>Meurthe-et-Moselle.<br>Pas-de-Calais. | Cher.<br>Jura.<br>Mayenne. | Finistère.<br>Vendée. |
| 1 | 1 | 18 | 3 | 3 | 2 |

1. — L'Isère n'admet pas les avantages en nature pour le décompte de la retraite, malgré la circulaire de 1881, absolument formelle à ce sujet.

**Quotité minima de la retraite proportionnelle :**

| 1/45 | 1/60 | 1/4 | 1/2 | 1/50 | 2/ |
|---|---|---|---|---|---|
| Allier.<br>Var. | Aveyron.<br>Aisne.<br>Cher.<br>Eure.<br>Haute-Garonne.<br>Gers.<br>Isère.<br>Jura.<br>Loire-Inférieure.<br>Marne.<br>Meuse.<br>Nord.<br>Rhône.<br>Vaucluse. | Lozère.<br>Mayenne. | Bouches-du-Rhône.<br>Charente-Inférieure.<br>Finistère.<br>Isère.<br>Seine-Inférieure.<br>Yonne. | Loir-et-Cher.<br>Morbihan.<br>Nièvre. | Rhône. |
| 2 | 14 | 2 | 6 | 3 | 1 |

Il ressort de tous les tableaux ci-dessus que les médeci d'Asile sont bien peu favorisés en cas de changement de ré dence par suite de la dissemblance des Statuts des Caiss départementales des retraites dont ils doivent cependant sub souvent à contre cœur, les dures exigences. Mais ce n'est p tout ou plutôt c'est encore peu de chose comparé à certain anomalies des Statuts, que je citerai pour finir, qui se passent tout commentaire.

Le département de l'Ariège a décidé que « les employ » appelés d'un autre département ou d'un autre service ci » public seront dispensés de verser le montant des retenu » déjà subies au profit d'autres Caisses publiques ». C'est fc bien ; mais, par contre, si un employé quitte le département l'Ariège, ses retenues ne le suivent pas. De sorte que l médecins des Asiles, nommés en dehors de l'Ariège, so obligés de verser une deuxième fois les retenues dans département de leur nouvelle résidence s'ils veulent y prend leur retraite.

Dans l'Aveyron « les pensions sont liquidées au fur et à mesu » des demandes dûment justifiées. Toutefois, il est bien enten » qu'en cas d'insuffisance des ressources de la caisse po » le paiement intégral des pensions le département ne sera p » tenu de les compléter au moyen d'une allocation. Le Cons » Général pourra allouer une subvention pour faire face en tc

» ou en partie à cette insuffisance mais il en fixera annuelle-
» ment le chiffre comme bon lui semblera ».

Ce qui revient à dire qu'un médecin de l'Asile retraité dans ce département ne sait jamais si le chiffre de la retraite en 1904, par exemple, sera le même en 1905.

Dans le Cher « les services antérieurs, quelle qu'en ait été la » durée, n'entrent en compte que pour une durée maxima de » 20 ans ».

Ainsi un médecin de l'Asile, nommé dans ce département, après 25 ans de services ailleurs, aura ses retenues acceptées pour 20 ans seulement et perdra 5 années.

La même règle est établie pour le Gers, le Nord et le Rhône, mais avec un dommage bien plus sensible encore. On n'accepte plus, en effet, au maximum, que 15 ans de services pour le Gers, 10 ans pour le Nord et 5 ans pour le Rhône.

Des départements (Ille-et-Vilaine, Morbihan, Isère, Lozère, Meuse, Yonne), ne prennent les retenues antérieures des médecins d'Asile qu'autant que ceux-ci versent 5 °/₀ sur leurs traitements antérieurs calculés non pas sur le chiffre des dits traitements mais sur le premier traitement d'entrée attribué dans les départements précités. Aussi, de cette façon, ces médecins, au lieu de verser 5 °/₀ comme les autres fonctionnaires de même traitement, versent 6, 7, 8 et 9 °/₀.

Dans le Jura, la retraite ne peut dépasser 600 francs même pour les Médecins-Directeurs d'Asile dont le traitement peut cependant atteindre 8.000 francs ! ! !

Dans la Marne « la pension de la veuve est de la moitié de » celle dont le mari a joui ou à laquelle il aurait pu prétendre » sans toutefois que cette pension puisse excéder 1.200 francs ».

Conséquence : les fonctionnaires subissant sur leurs traitements des retenues supérieures à celles des traitements moindres ne sont cependant pas plus favorisés pour la retraite de leurs veuves. Ainsi, ils auront pu, sur un traitement de 8.000 francs verser 400 francs par an ; d'autres fonctionnaires ayant 2.000 francs auront versé 100 francs et quand tous les deux mourront leurs veuves auront la même retraite.

Notre étude est terminée ; je ne crois pas être en dehors de la vérité en affirmant que les médecins d'Asile sont fort mal traités comme d'ailleurs aucun fonctionnaire ne l'est, en ce qui

concerne leur retraite. La plus grande insécurité à ce sujet règ pour eux pendant toute leur carrière dont la fin n'est nulleme assurée. Il y a là, à notre avis, une réforme qui s'impose et q doit solliciter l'attention bienveillante des Pouvoirs publics so peine de voir des médecins quitter les asiles et les jeunes m decins ne plus rechercher une carrière dans laquelle to avenir de retraite est à peu près fermé.

A la suite de cette communication et de la discussion à laquel prennent part MM. l'Inspecteur général Drouinaud, Girau Doutrebente et Pichenot, le Congrès formule le vœu dont teneur suit :

Les Médecins aliénistes, réunis à Pau au XIVe Congrès Médecine mentale et nerveuse,

Considérant :

1° Que les Statuts des Caisses départementales des retraite en raison de leur diversité et de leur inégalité, les lèsent so vent dans leurs droits ;

2° Que certaines Caisses notamment, gardent les retenu versées par les médecins-adjoints en ne les reversant pas da les nouveaux départements où ils peuvent être ultérieureme nommés et même ne rendent pas celles provenant des départ ments où ils étaient avant ;

3° Que, pour s'éviter de servir des retraites, certains départ ments font déplacer les médecins à la fin de leur carrière po les faire envoyer dans d'autres départements où un nouve séjour de 10 et même 15 ans est parfois nécessaire pour l'obte tion de leur retraite ;

4° Que certains départements ne permettent plus de verser leur Caisse de retraites pour les traitements supérieurs 5.000 fr. ;

5° Que d'autres n'admettent pas les médecins d'Asile à vers dans leur Caisse départementale ;

6° Que d'autres encore font ou ont fait des difficultés po liquider la retraite de ces fonctionnaires et rejettent dans décompte de cette retraite les avantages en nature ;

7° Qu'il ressort des faits ci-dessus et d'autres trop longs énumérer ici, qu'un trop grand nombre de médecins d'Asil malgré leurs titres de fonctionnaires, nommés par le Ministè

de l'Intérieur n'ont pas, en ce qui concerne la retraite, tous les avantages des autres fonctionnaires, puisqu'ils sont soumis à l'arbitraire, à l'aléa et même à la duperie des Statuts de quelques Caisses départementales des retraites,

Émettent le vœu qu'en attendant le vote de la loi sur les aliénés, M. le Ministre de l'Intérieur veuille bien examiner avec sollicitude les désidératas si légitimes des médecins d'Asile et leur donner satisfaction dans la mesure du possible en unifiant le Règlement des Caisses de retraites et en décidant que cette retraite sera payée par les départements au prorata des années passées par les fonctionnaires des Asiles dans ces départements.

La séance est levée à 7 heures.

## 4 AOUT (Matin).

**Excursion à Lourdes.** *(Voir aux Comptes-rendus de la deuxième Partie du Volume II.)*

# SÉANCE AU PIC DU GRAND JER

(3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI)

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr ARNAUD (de Vauves), VICE-PRÉSIDENT.

## COMMUNICATIONS DIVERSES

Le Président donne successivement la parole aux auteurs des communications suivantes :

Dr CLAPARÈDE, *Privat-Docent à l'Université de Genève.*

**Sur l'exploration clinique du sens musculaire et la corrélation de ses diverses modalités.** — L'exploration du sens musculaire, non seulement chez les malades, mais chez les sujets sains, soulève de grandes difficultés. Celles-ci tiennent à plusieurs causes : 1° Le sens musculaire n'est pas un sens spécifique se manifestant par une classe unique de sensations, mais il comprend diverses modalités distinctes qu'il faut explorer l'une après l'autre : notion de position des membres, sensations de mouvement, sensations de poids, perception stéréognostique, etc. ; 2° Nous ignorons encore quels sont les facteurs physiologiques périphériques de ces diverses modalités ; il est probable qu'une seule modalité psychologique relève de plusieurs facteurs périphériques : ainsi la sensation de poids, par exemple, peut

avoir pour conditions périphériques la tension musculaire, pression articulaire, la traction ligamenteuse, etc.; 3° La se sibilité cutanée peut, même en l'absence de la sensibilité pr fonde, renseigner jusqu'à un certain point le sujet sur le dépl cement ou l'attitude de ses membres (traction ou plisseme cutanés), sur le poids des objets qu'on lui fait soulever (pressic cutanée), etc.; dans la perception stéréognostique, la sensit lité cutanée joue aussi un rôle évident ; 4° L'exploration du se musculaire participe encore aux difficultés inhérentes à tout les déterminations de sensibilité : les sujets hésitent, se contr disent d'une expérience à l'autre ; la fatigue modifie rapideme leur sensibilité, et il est le plus souvent impossible d'appréci par un chiffre le degré d'acuité sensible.

M. Grasset a proposé, il y a quelques années[1], un procédé q a l'avantage d'éliminer, ou tout au moins de réduire à un min mum, l'influence de la sensibilité cutanée : le poids est suspen à un fil que le sujet tient avec deux doigts; un aide soulève poids par dessous, au moyen d'un coussin, et le sujet doit ind quer s'il ressent l'allègement. M. Grasset estime que c'est u sensation de changement d'innervation motrice qui est perç dans ce cas-là, car l'innervation motrice, dit-il, « est la seu chose qui change au moment de l'allègement ». Je ne puis sou crire à cette manière de voir : contrairement à ce que cro M. Grasset, il se produit, au moment où est supprimé le poid un léger déplacement du bras du sujet, déplacement que l'c peut facilement enregistrer sur un cylindre de Marey. (D'ailleu un grand nombre d'autres faits démontrent la non existence d sensations d'innervation.) Le procédé de Grasset est relativ ment commode, mais, précisément à cause de ce léger déplac ment du membre, le sujet peut être informé du moment où l'c supprime le poids, même en l'absence de toute sensation d'all gement; en outre, les réponses sont souvent contradictoires, le seuil de la sensation d'allègement est très délicat et très lon à fixer, à moins que l'anesthésie profonde ne soit très cons dérable.

Pour les besoins de la clinique courante, il faudrait un procéc

1. — Congrès International de Médecine, Paris, 1900. *(Revue Neurologiq de 1900,* p. 727.)

rapide, ne demandant pas du sujet une dose d'attention trop considérable, et surtout donnant des réponses uniformes pour un même malade.

J'ai remarqué qu'on obtenait une uniformité de réponse très satisfaisante, souvent même parfaite, en faisant comparer au malade deux poids qui sont placés *simultanément dans chaque main ;* il s'agit, ici, non pas de déterminer quelle différence de poids le sujet arrive à apprécier, mais simplement s'il a une tendance à sousestimer ou surestimer le poids avec une des deux mains. Il y aura, par exemple, surestimation à droite dans les divers cas suivants : si, deux poids égaux étant placés dans chaque main, celui de droite est accusé plus lourd ; ou si les deux poids sont déclarés égaux alors que celui de droite est en réalité plus léger ; ou encore si le poids de droite est estimé plus lourd bien qu'étant en réalité plus léger. J'ai toujours, dans des expériences de ce genre, obtenu des réponses très nettes ; la surestimation pour un des membres, lorsqu'elle existe, est en général nettement accusée.

On obtient aussi des résultats très constants en faisant une expérience analogue avec une série de petits cubes de bois de diverses grosseurs (le plus petit ayant 20 millimètres et le plus gros 26 millimètres de côté) dont il s'agit de comparer le *volume*. On place un de ces cubes dans chaque main du sujet et celui-ci doit les palper rapidement et indiquer *de quel côté est le plus gros*. Comme pour les poids, on remarque en général une tendance constante, pour la même main, à surestimer ou à sousestimer.

J'ai cherché s'il y avait un parallélisme entre la perception du poids et du volume sous le rapport de cette tendance à la surestimation. Je n'en ai trouvé aucun. Ainsi, chez une douzaine de malades, soigneusement examinés, présentant des troubles de la mobilité du membre supérieur, j'ai trouvé que, du côté le plus faible :

*A)* Chez 5 malades, les *poids* et les *volumes* sont surestimés ;
*B)* Chez 4 malades, les *poids* et les *volumes* sont sousestimés ;
*C)* Chez 1 malade, les *poids* sont seuls surestimés ;
*D)* Chez 1 malade, les *poids* sont seuls sousestimés ;
*E)* Chez 2 malades, les *volumes* sont seuls surestimés.

Mon intention n'est pas de discuter ici l'interprétation de ces

cas. Je voudrais seulement noter que les différences de cor lation entre la perception du poids et celle du volume ne para sent pas dépendre nécessairement d'une différence dans siège de la lésion. Ainsi, de nos six patients dont les troub sensibles et moteurs sont dus à une névrite alcoolique, de rentrent dans la catégorie *A* (voir ci-dessus), deux appartie nent à la catégorie *B*, un à la catégorie *C* et un à la catégorie

Je n'ai pas remarqué davantage de parallélisme entre l'état la sensibilité cutanée ou kinesthésique et la surestimation ou sousestimation des poids ou des volumes; pas davantage n plus de corrélation constante entre ces derniers phénomènes la force motrice du membre.

Chez une hémiplégique dont la perception stéréognostiq était complètement abolie à gauche, la perception du volu *s'est montrée parfaite;* les poids, par contre, étaient souses més avec la main malade (gauche).

L'avantage de l'épreuve de la comparaison bi-manuelle d poids et des volumes dont, je le répète, l'interprétation psych physiologique et clinique reste encore à trouver, est que procédé révèle très nettement et très facilement des différenc de sensibilité entre les deux mains, différences échappant so vent aux procédés d'investigation habituels.

Ces recherches, qui demandent à être multipliées et approfo dies, montrent que la complexité des diverses modalités du se musculaire est probablement encore plus grande qu'on ne cru. Un très grand nombre de facteurs sensibles, moteurs, cé braux interviennent dans les perceptions de poids, de volum de forme, d'attitude. Il est indispensable de connaitre leur rôl si l'on veut arriver à interpréter les résultats fournis par l divers procédés d'exploration du sens musculaire.

M. DIDE, *de Rennes,* insiste sur les erreurs que l'on consta dans les cas d'agnoscies d'origine corticale. De nombreus expériences sont ici nécessaires. Avec le docteur Bourdon, Rennes, il a étudié cette question complexe dans laquelle de facteurs au moins doivent être étudiés : la pression sur la pe et le poids de l'objet sur l'articulation des membres.

M. Henry MEIGE, *de Paris.* — Il est important de constat avec M. Claparède l'extrême complexité des facteurs qui cons

tuent ce qu'on a appelé assez improprement le *sens musculaire*. Et en raison même de cette complexité, on peut se demander si le procédé d'exploration clinique employé par l'auteur permet de préciser les troubles de la perception des poids, des volumes, des formes, etc. ; M. Claparède reconnaît que le terme *sens musculaire* est impropre, mais on l'a utilisé jusqu'à ce jour. Peut-être vaudrait-il mieux dire *sens articulaire,* ce qui paraît être plus exact.

Dr L. SCHNYDER, *de Berne (Suisse).*

**L'examen de la suggestibilité chez les nerveux.** — Il est devenu d'une vérité presque banale d'insister sur l'importance du facteur suggestibilité dès qu'on se propose d'étudier la mentalité d'un individu. J'entends tout d'abord préciser la signification qui me paraît devoir être attribuée au terme de suggestibilité.

La suggestibilité exprime la tendance que nous avons d'adopter des idées provoquées par une sollicitation étrangère directe ou indirecte et de les laisser se développer dans notre esprit en dehors de l'intervention de nos facultés raisonnables de jugement.

L'autosuggestibilité désigne spécialement la tendance de l'individu à se créer des représentations mentales portant le même caractère d'irrationalité, sans la sollicitation active et directe d'une personne étrangère, par ce qu'on appelle le propre jeu de son imagination.

Quand on aborde l'étude expérimentale de la suggestibilité on rencontre dans cette matière un guide précieux qui a cherché le premier, je crois, à déterminer systématiquement les conditions favorables à la production des phénomènes de suggestion en dehors des états hypnotiques, je veux parler de Binet. C'est aussi son ouvrage, *La suggestibilité*[1], qui a donné à mon maître et ami le professeur Dubois, de Berne, l'idée d'introduire dans l'examen des nerveux une recherche de la suggestibilité. Reprenant et modifiant, comme je vais l'exposer, l'idée d'Ochorowiz qui, il y a une quinzaine d'années, prétendait juger du degré de suggestibilité d'une personne en lui mettant au doigt un gros

1. — A. Binet : *La suggestibilité.* Paris, 1900.

aimant en forme de bague et en l'interrogeant sur ses sensatio
le professeur Dubois me proposa le procédé suivant :

A la suite de l'examen des différentes modalités de la sensi
lité, des réflexes, de la motilité, constituant le status nerveux
malade, j'annonce à ce dernier que je vais encore procéder à
examen de la « sensibilité électrique » au moyen d'un appar
spécialement construit à cet effet. L'appareil consiste, en réali
en un rhéostat hors d'usage, pourvu d'une manette passant s
les différents contacts métalliques disposés circulairement. De
fils partent des bornes de l'appareil et sont pourvus à leur extr
mité libre de bagues métalliques dans lesquelles le médius
chaque main est introduit librement, de façon à exclure tou
sensation de constriction. La boîte est déposée sur une table
proximité du lit ; je m'installe sur une chaise, j'invite le malad
fermer les yeux comme il vient de le faire pour l'examen de
sensibilité cutanée, à laisser ses bras étendus dans une positi
naturelle et à me dire s'il ressent quelque chose. Je m'efforce
ne pas paraître accorder à cet examen plus d'importance qu
ceux qui l'ont précédé ; j'en exclus toute solennité qui pourr
impressionner le malade ou lui faire décrire des sensations p
pure complaisance. Il n'est l'objet d'aucune suggestion activ
d'aucune pression morale de ma part. J'imprime quelques mo
vements à la manette et je pose dès le début la question su
vante, sans intonation particulière : « Sentez-vous quelq
chose ? » J'inscris la réponse séance tenante sur une feuille
papier. Quand le sujet ne communique pas spontanément s
impressions, après avoir imprimé un nouveau mouvement à
manette, je pose de minute en minute la même question. Je n
prolonge pas l'examen au delà de cinq minutes.

Le sujet est de la sorte placé dans des conditions favorables
la production de suggestions relatives à l'électricité. Il tombe
dans le piège que lui a tendu l'expérimentateur si l'idée prov
quée dans son esprit peut s'y développer sans être contrecarr
par les facultés du contrôle raisonnable. En un mot, le suj
succombera pour autant qu'il sera suggestible.

J'ai cherché à donner aux conditions de l'examen la plu
grande uniformité possible, bien qu'elle n'atteigne pas cel
qu'on peut obtenir quand on fait des expériences sur un grou
d'individus, par exemple sur une classe d'élèves, dans un la

de temps restreint. Mes expériences ont été pratiquées individuellement sur des malades nerveux au fur et à mesure de leur présence à la clinique, pendant environ deux ans. J'ai toujours dirigé l'examen moi-même, en me tenant scrupuleusement, après quelques tâtonnements, au mode décrit plus haut. Mes résultats s'appuient sur *203* observations qui concernent une clientèle de nerveux assurément très variée, comprenant des types de neurasthénie classique, d'hystérie, de la combinaison de ces deux névroses, d'hypochondrie, de déséquilibre mental et jusqu'à des types nettement vésaniques. L'examen a toujours été fait au début du traitement, alors que la mentalité du malade n'avait pas encore subi d'influence psychothérapique marquée.

Parmi les facteurs susceptibles de modifier la formation de la suggestion, celui de l'influence morale de l'expérimentateur ne me paraît pas avoir joué un rôle prépondérant dans mes expériences, du moins ce rôle a-t-il été sensiblement égal dans tous les cas. Les examens préalables de la sensibilité cutanée constituaient, du reste, une préparation à l'épreuve en question, d'un côté familiarisant le sujet avec mes procédés d'examen reconnus inoffensifs, d'un autre côté établissant une sorte d'idée directrice favorable à la suggestion : celle d'une excitation devant provoquer une sensation tout comme l'excitation par la piqûre d'épingle. Toutefois, la part principale dans le mécanisme de la suggestion revient ici au fait que le sujet se croit relié avec un appareil électrique. L'électricité reste pour beaucoup une force mystérieuse dont on attend et accepte tout sans critique, d'où son action suggestive suffisamment mise en lumière par de nombreux auteurs, y compris les électrothérapeutes assez psychologues pour ne pas se laisser suggestionner eux-mêmes.

Hake-Tuke cite le cas de ce gardien chargé de manœuvrer une machine électrique au Palais de Cristal de Londres et qui disait avoir souvent observé des dames éprouver des sensations particulières au contact des poignées de la machine, alors qu'elle ne marchait pas [1].

Un malade que le Professeur Dubois électrisait, se disant très sensible à l'action du courant produit par un seul élément, prétendit un jour sentir une brûlure au moment précis où le col-

1. — Hake-Tukeu : *Le corps et l'esprit*. Paris, 1886, p. 10.

lecteur s'arrêta au chiffre 1, bien que les piles ne fussent p immergées[1].

Tous les malades que j'ai examinés ont accepté sans objecti l'idée d'un appareil électrique, l'immense majorité sans faire c questions relatives à son fonctionnement. Beaucoup, par cont ont manifesté des craintes à l'endroit des sensations qu'ils po raient ressentir. Plusieurs malades m'ont posé des questic comme celle-ci : « Est-ce que cela va faire mal, Docteur ? Qu'e ce que je vais éprouver ? » J'ai toujours répondu d'une mani évasive, disant : « Nous n'avons pas l'habitude de soumettre r malades à des examens douloureux. Nous pratiquons celu chez tous sans exception. Vous direz simplement si vous sen quelque chose. » D'autres lançaient sur l'appareil un reg méfiant, l'accompagnant de paroles comme : « Je n'aime pas choses que je ne connais pas. Je suis très sensible à l'électrici Vous ne m'appliquerez pas un courant trop fort. » Quelq sujets très impressionnés que je citerai spécialement au co de ce travail ont manifesté des appréhensions plus vives enco refusant de se prêter à l'expérience ou ne passant qu'en tre blant leurs doigts dans les anneaux.

## RÉSUMÉ DES EXPÉRIENCES

J'ai pratiqué l'examen de la suggestibilité chez *111* malades sexe féminin et sur *92* du sexe masculin. Partant de cette p mière classification, je me suis efforcé de grouper les suj d'après leurs particularités mentales, bien que la délimitati incertaine des formes cliniques en matière de maladies nerv ses rende ce classement difficile et un peu arbitraire. C'est ai que j'ai réuni dans la catégorie des états neurasthéniques malades présentant de la fatigabilité rapide, des phobies, convictions d'impuissance ; j'y ai fait rentrer également b nombre d'états dyspeptiques. J'ai attribué à l'hystérie les ét présentant les symptômes classiques de cette névrose : hém nesthésie, astasie-abasie, contractures, anorexie. J'ai fait u classe à part des états franchement mélancoliques et hypoch driaques, des états de déséquilibre mental confinant à la psycho

1. — Dubois : *Les psychonévroses et leur traitement moral.* Paris, 190

en particulier chez les hommes. J'ai examiné aussi quelques cas de maladies nerveuses à lésions, tels que scléroses médullaires, polynévrites, quelques goitres exophtalmiques et enfin quelques malades chez lesquels une affection organique quelconque (tuberculose pulmonaire, affection du tube digestif) dominait entièrement la scène.

### 1. *Sujets du sexe féminin.*

Sur 111 sujets du sexe féminin examinés, 53 peuvent être compris dans la catégorie des **états neurasthéniques.** Or, les sujets qui, dans cette catégorie, ont décrit des sensations, sont au nombre de 41 contre 12 qui n'ont rien senti, soit une proportion de 77 °/₀ des résultats positifs.

Les sensations ont été éprouvées dans la grande majorité des cas aux mains et plus particulièrement aux doigts portant les anneaux. Elles ont été qualifiées de *fourmillements*, de *picotements*, de *frémissements*, de *vibrations*, de *mouvements*, d'*engourdissements*. Quelquefois les sensations se sont propagées aux bras. Dans quelques cas, les sensations ont été localisées à un autre endroit qu'au lieu d'application : une malade souffrant de dyspepsie intestinale douloureuse a attribué à l'électrisation une augmentation de ses douleurs ; une autre, dyspeptique aussi, a signalé un malaise à l'estomac et un sentiment de froid ; une malade ayant la phobie de la mort subite par le cœur a décrit un point douloureux à la région précordiale.

Toutes les malades qui ont décrit des sensations ont comme trait caractéristique commun une impressionnabilité très développée. Ce sont des sensitives, des émotives, que leur mentalité dispose d'emblée à « sentir ». Plusieurs sont dans ce domaine de véritables virtuoses de la sensibilité, au moral comme au physique. Presque toutes sont des personnes cultivées, aimables, possédant un grand fond de délicatesse morale et une crédulité bienveillante qui favorise la réussite de l'expérience.

Plusieurs observations permettent de suivre très nettement la naissance et le développement de la suggestion ; ainsi chez cette dame de 52 ans, très cultivée, douée d'une forte émotivité, d'une grande sensibilité morale, souffrant de violentes névralgies occipitales qui l'empêchent presque chaque nuit de dormir. Au début de l'examen, je demande : « Sentez-vous quelque chose ? » La malade répond d'une voix hésitante :

« Non.... », puis spontanément, quelques instants après : « Je ne sa si c'est un sentiment moral ou si c'est vraiment une sensation. Je r puis le dire.... Je sens un léger fourmillement dans le médius.... augmente un peu.... cela s'arrête. » Dès ce moment, la suggestion s poursuit et, sans que j'aie besoin de poser aucune question, la malad fait les remarques suivantes qui coïncident presque toujours avec u mouvement imprimé à la manette : « Dans les 2e, 3e et 4e doigts, à dernière phalange, il me semble qu'il y a un léger fourmillement. Je r sens pas dans le pouce ni dans le petit doigt.... Je sens un peu mieu dans le 3e doigt et le poignet droits. *(3e minute)*.... Toujours la mêm chose, un léger fourmillement dans ces trois doigts. Cela va un peu la racine des doigts.... Je sens un peu mieux le fourmillement. Ce fait certains mouvements de la pointe à la racine en chatouillant doigt entier. Maintenant je sens un frémissement à la face externe de doigts, tandis qu'auparavant c'était au-dessous ! *(5e minute)*. Maint nant je le sens dans tous les doigts..., je sens toujours la même chose. Cela va un peu plus dans le poignet.... Cela n'est pas désagréable... Je trouve même que c'est agréable ! »

On ne rencontre pas chez tous les sujets une description aus détaillée des sensations. Beaucoup, sous l'empire de l'idée pre conçue, d'une certaine anxiété, ou par pure complaisance signalent dès le début des sensations assez vives ; mais ils s ressaisissent rapidement, prennent conscience du néant de leur appréhensions et opèrent une sage retraite qui aboutit à l négation franche de toute sensation, comme dans le cas suivant

Mlle P..., 23 ans, très émotive, timide, phobique, présentant des trou bles dyspeptiques, de la céphalée, s'informe tout d'abord de la natu des sensations qu'elle « doit » éprouver. Elle se soumet avec appréhe sion à l'examen. « J'ai peur, dit-elle, si j'ai mal vous arrêterez, n'est-c pas ? » Dès le début : « Ah ! cela me fait quelque chose, des picotemen dans tous les doigts !... Cela augmente, surtout dans la main droite. ne pourrai pas le supporter.... J'ai envie de lâcher les anneaux ! » L malade est très émotionnée, ses paroles sont entrecoupées de rires ne veux, elle tient les yeux ouverts, surveillant mes moindres mouvement Pendant deux minutes elle décrit sans interruption des sensatior diverses : « Dans le bras droit, je sens que cela va me paralyser..., ce me fait mal maintenant dans le poignet..., cela monte dans le bras ! Peu à peu la malade se calme et devient moins loquace. Je suis oblig de la questionner : « Sentez-vous quelque chose ? » — « Toujours u peu à la main droite.... cela continue. » Mais le ton est déjà moir convaincu. A la 4e minute, la malade répond : « Je sens toujours, mai moins. J'ai toujours un peu de crampe à la main ! » A la 5e minute « Sentez-vous quelque chose ? » — « Non, docteur ! »

L'étude des *cas négatifs* est au moins aussi intéressante que celle des cas positifs et fait ressortir également les particularités psychiques du sujet. Parmi les 12 malades qui n'ont décrit aucune sensation, plusieurs ont témoigné vis-à-vis de l'examen une indifférence marquée, résultant d'un état aboulique, d'une disposition d'esprit désabusée, sceptique, telle Mlle K..., 26 ans, nature très apathique, veule, souffrant de dyspepsie avec céphalée et viscéralgies diverses. Dès le début elle répond : « Je ne sens rien ! » et persiste dans ses réponses négatives pendant toute la durée de l'examen qui ne parvient pas à l'intéresser. Une phobie unique et angoissante peut absorber à tel point l'individualité du sujet que ce dernier n'est accessible à aucune suggestion sortant de la sphère de ses préoccupations. C'est le cas pour Mlle G..., âgée de 22 ans, obsédée de l'idée d'une maladie de cœur. Elle répond « non » à toutes les questions.

Sur 28 sujets présentant des troubles à caractère franchement **hystérique,** l'examen de la suggestibilité a donné un résultat positif dans 12 cas, soit dans une proportion de 43 °/₀ seulement. Ici encore les résultats positifs se rencontrent chez les malades possédant une impressionnabilité vive, une mentalité toujours prête à enregistrer des sensations nouvelles. Chez certains sujets à imagination particulièrement capricieuse et désordonnée, l'examen revêt des allures dramatiques bien conformes au caractère théâtral de l'hystérie, comme dans le cas suivant :

Mme V..., âgée de 30 ans, femme du monde, à caractère capricieux, fantasque, un peu puéril, souffre d'insomnie et de troubles dyspeptiques. Elle paraît très impressionnée à l'idée de se soumettre à l'examen. Elle s'en défend d'un air à moitié effrayé, à moitié égayé, demandant ce qu'elle sentira ; elle exige la garantie « sur ma parole d'honneur » que ça ne la fera pas « sauter en l'air ». Elle manifeste bruyamment ses craintes, prend des poses d'enfant apeurée, hésite longtemps avant de rapprocher ses doigts des anneaux. Dès qu'un doigt vient à toucher le métal elle le retire brusquement en poussant un cri, comme au contact d'un fer rouge, prétendant qu'elle sent « quelque chose » sans préciser davantage. Les anneaux enfin passés, au premier tour de la manette elle fait un soubresaut et s'écrie effrayée : « Arrêtez, assez ! » Je lui demande de décrire ce qu'elle sent. « Je sens, répond-elle, un petit froid dans le 3e doigt de la main droite, un petit courant d'air froid. » J'essaie de tranquiliser la malade en lui faisant remarquer que ces sensations ne sont pas douloureuses, mais elle pousse des gémissements, me supplie d'interrompre, à tel point que je renonce à poursuivre l'examen. Ici

apparaît bien la flagrante disproportion existant entre les manifestatior du sujet et des sensations que lui-même décrit et reconnaît comme étai insignifiantes.

Même tableau dramatique chez Mme M..., 38 ans, hystérique avec algi multiples localisées surtout au côté droit qui est hyperalgésique. Ébau ches de crises léthargiques. Au début : « Sentez-vous quelque chose ? — « Absolument rien. » Puis spontanément : « Je commence à sentir u petit fourmillement, oh, oui, un petit fourmillement qui passe ! » A bout d'une minute, nouvelle question. Réponse : « Ah, oui ! je sei quelque chose, ce n'est pas très désagréable ! » Puis, subitement, av un accent de douleur : « Côté droit... oh ! ». — Demande : « Sentez-vou quelque chose ? » — Réponse : « Oui.... ouf.... oh !.... beaucoup pl du côté droit.... vous avez bientôt fini ?.... Je ne peux m'empêcher remuer. » La malade soulève son bras droit agité d'un violent trembl ment. « Assez, assez ! » Le tremblement augmente et le visage est co tracté douloureusement. « Ce n'est pas que cela me fasse mal, mais ne peux plus tenir de ce côté (droit). J'ai beau serrer la main, je peux plus tenir.... Oh ! dites, vous n'avez pas fini ? Je sens tous l membres qui se prennent ! » La malade se lève sur son séant. Je te mine l'examen au bout de 4 minutes.

Il est évident que dans ce cas l'examen n'a fait qu'augmente des autosuggestions de douleurs existant déjà chez la malad Il n'en est pas toujours de même, et bien souvent, en particuli dans les formes d'hystérie à symptômes grossiers systématisé tels que l'astasie-abasie, les états de contracture, l'anorexie, d même que chez des malades en puissance de crises hystérique l'examen ne parvient à créer aucune suggestion nouvelle, d'o une plus forte proportion de résultats négatifs chez les hystér ques que chez les neurasthéniques. Je chercherai à explique plus loin ce fait qui paraît tout d'abord en contradiction avec l nature même de l'hystérie. J'ajouterai que chez deux malade l'examen a provoqué un assoupissement que j'aurais pu facil ment pousser jusqu'au sommeil complet, si j'avais prolongé l séance. L'une de ces malades me déclara qu'elle ressentait u grand bien-être, qu'elle avait l'impression de s'endormir tran quillement. Ses paupières étaient agitées d'un tremblemen rapide. Une fois l'examen terminé elle ouvrit les yeux comme un personne qui sort d'un rêve. L'autre malade, hystérique avéré également, avec des accès d'asthme toutes les nuits, m'a déclar le lendemain que depuis longtemps elle ne s'était trouvée aus bien qu'après « l'électrisation » et que, pour la première foi depuis longtemps, elle n'avait pas eu d'accès d'asthme dans la nui

J'ai réuni dans une catégorie spéciale 13 malades dont 11, bien qu'envoyés à la clinique sous l'étiquette de neurasthéniques, présentaient des **états franchement mélancoliques** ou **hypochondriaques,** d'allure plutôt vésanique, entre autres un cas de dépression morale périodique. Chez 10 de ces malades le résultat de l'examen a été absolument négatif. Dans un cas de **catatonie** chez une jeune fille, les réponses confuses portent bien la marque de la désagrégation mentale du sujet ; dans un cas de **démence précoce,** également chez une jeune fille, les réponses sont négatives.

De 3 malades atteintes de **goître exophtalmique,** l'une ayant en outre de nombreux stigmates d'hystérie (analgésie) n'a décrit aucune sensation, de même une autre moins gravement atteinte, tandis que la troisième, phobique à l'excès, a décrit de nombreuses sensations.

En résumé, sur 111 sujets du sexe féminin examinés, 61, soit 55 °/₀, ont donné des réponses positives ; 50, soit 45 °/₀, des réponses négatives.

## 2. *Sujets du sexe masculin.*

Ici aussi le contingent des **états neurasthéniques** est le plus important et compte 51 malades. Dans 31 cas, c'est-à-dire dans une proportion de 61 °/₀, les réponses ont été positives. Comme chez les sujets du sexe féminin, les suggestions se produisent chez des individus impressionnables, émotifs, présentant des phobies neurasthéniques classiques, portés à accorder à toutes leurs sensations une importance exagérée.

Un exemple typique concerne un jeune homme de 24 ans, israélite, d'une culture intellectuelle élevée, mais très infatué de lui-même, portant une minutieuse attention à tout ce qui se passe dans son importante personne. A l'unique question posée au début : « Sentez-vous quelque chose ? » le malade commence la description suivante qu'il n'interrompt pas pendant 7 minutes. J'ai de la peine à transcrire sur le papier ce flux de paroles : « Je me demande si c'est l'idée que je vais sentir quelque chose, mais j'ai l'impression d'un rétrécissement, d'un froid aux mains. Je ne puis pas bien définir la chose, mais c'est pourtant comme une idée très vague de rétrécissement, de froid.... Ça s'accentue.... C'est comme une espèce d'engourdissement qui est maintenant moins localisé, qui a l'air de gagner le poignet.... Il me semble que le poignet est de plus en plus gagné par cet engourdissement, surtout à droite ...

**En ce moment c'est toujours la même chose : c'est un sentiment plu agréable, un repos. Je le compare au sentiment que j'aurais à la ma après m'être promené longtemps en tenant une canne, ou comme si ı main était fatiguée après une longue course à bicyclette qui m'aur secoué.... Cela ne change pas du tout.....Cela gagne le bras droit. A oui ! assez fortement ! Le bras gauche suit à peu près la même marcl un peu plus lentement tout de même. Ah ! cette sensation se répa dans tout le corps ! Je viens de la sentir dans la tête, passant par moelle, le système nerveux et le corps ! Elle gagne même le pi J'éprouve même une sensation qui serait comme un violent mal tête..., non, comme une fatigue, une envie de me laisser aller dormir. Cette sensation ne fait que se maintenir.... Je ne vois rien de nouve Ce qui est particulièrement lourd, c'est la tête, les épaules et les bice Je crois même que mes sensations vont devenir plus nettes. J'ai à lut contre cette lourdeur qui me prend également à l'épaule, à la fa surtout du côté droit, dans le cou maintenant... Il me semble que sang s'arrête dans l'artère carotide, mais cela provient probablem du clignement des yeux que j'ai quand je vais m'endormir. Cette sen tion devient excessivement pesante. Elle gagne en intensité. Le cou très paralysé. Je sens bien moins le battement dans le cou. Les jaml ont l'air plus libres, du moins je le crois, car je ne les bouge pas ; mains aussi. C'est surtout la région du cou, de la tête, de l'épaule, c biceps. Je me sens dans un état d'engourdissement très prononcé qu que j'aie la tête très claire puisque je puis vous décrire toutes n sensations... Je ne vois pas que ça change !... L'état intense maintient. »**

Aucun sujet ne m'a fait une description plus minutieuse, pl compliquée de sensations créées par une introspection mal dive. Ici encore, l'examen de la suggestibilité fait ressor clairement la mentalité pathologique de l'individu, alors que l troubles de neurasthénie banale : céphalée, vertiges, dérol ment des jambes, auraient pu paraître à un médecin moi convaincu de leur origine psychique uniquement justiciables mesures d'ordre physique comme l'hydrothérapie ou l'électr thérapie.

Mieux que chez les femmes, peut-être, on peut surprend chez les hommes la formation de la suggestion pendant l'exp rience. J'attribue cette différence au fait que les hommes appo tent en général à l'examen une attention plus soutenue, un pl grand sérieux. Ils ne l'accueillent pas avec l'effroi puéril qı dès le début, fait éprouver à certaines femmes des sensatio désagréables.

L'exemple suivant illustrera bien le développement de la suggestion chez un homme de 37 ans. M. B..., israélite, intelligent, type achevé de phobique universel toujours en transes au sujet de sa santé, arrêté complètement depuis plusieurs mois dans son activité d'industriel.

Au début : « Sentez-vous quelque chose ? » — Après quelques secondes d'hésitation et comme étonné : « A vrai dire, rien du tout ! » — *1re minute.* Même question. — Réponse : « Ma foi, si je ne savais pas qu'il y a quelque chose, je dirais d'emblée que je ne sens rien..... je ne sens rien, en effet ! » — Après un moment : « A force de me figurer, il me semblerait que j'ai un petit chatouillement.... non, même pas ! » — A ce moment la critique est encore victorieuse ; le malade me demande : « C'est bon quand on ne sent rien ? » — Je réponds : « Ne vous en inquiétez pas, je vous le dirai après. » De ce moment, peut-être sous l'influence de la crainte d'un résultat négatif qui serait un signe défavorable, le malade se laisse aller à la suggestion. — A la *3e minute,* il répond : « Je ne sens rien d'appréciable.... de temps à autre comme un petit.... je ne suis pas sûr ! » — A la *4e minute* la sensation se dessine plus nettement. « En ce moment il me semble que je sens comme une petite électrisation.... mais c'est si vague.... oui il y a quelque chose, très peu de chose ! » ; quelques secondes après, la suggestion éclate, victorieuse : « Maintenant je le sens, absolument comme quand on est électrisé. C'est tout à fait cela.... mais c'est très faible, n'est-ce pas ? » A partir de ce moment, M. B. paraît comme soulagé par cette constatation. Il commence à être moins attentif, échange quelques mots avec sa femme présente à l'examen, lui affirme qu'il sent l'électrisation. — Au bout de la *5e minute* je pose une dernière question. Le malade répond : « Il me semble que je sens moins que tout à l'heure, est-ce une idée ? »

Les 20 sujets de cette catégorie qui n'ont pas accusé de sensations sont généralement des neurasthéniques à convictions d'impuissance très ancrées, d'un pessimisme et d'un scepticisme outrés ; quelques-uns sont atteints d'une phobie ou d'une obsession prépondérante qui laisse peu de prise à toute impression nouvelle ; d'autres enfin, malgré une sensibilité très affinée, conservent une rectitude de jugement suffisante pour les empêcher de tomber dans le piège.

Je n'ai réuni dans la catégorie des **états hystériformes** que 9 cas, y compris un certain nombre de névroses dites traumatiques. Dans 4 cas l'examen a donné un résultat positif soit dans une proportion de 44 °/₀, et ici encore, comme chez les femmes, ce sont les sujets à troubles hystériques très marqués qui sont les moins accessibles à la suggestion.

Dans un groupe de 22 cas qui comprend des états de **déséqui-**

**libre mental** confinant à la vésanie (folie du doute, obsession graves), des **alcooliques**, des états d'affaissement intellectu suspects de **paralysie générale au début** et de **démence précoce, de mélancoliques** et des **hypochondriaques**, les résultats positifs or été au nombre de 8, soit une proportion de **36** °/₀ ; les cas nég tifs concernent des individus que leur déchéance mentale o leurs préoccupations hypochondriaques prédominantes rende inaccessibles à la suggestion nouvelle. Du reste, dans ce group les réponses positives elles-mêmes sont peu développées, me tionnant à peine quelques picotements, sensations de chaleu petites trépidations. Un malade déséquilibré, onaniste, ave hallucinations olfactives a signalé, à côté de sensations localisée aux doigts, une sensation olfactive intéressante : il a prétend sentir l'odeur de la pile qu'il croyait contenue dans l'appareil.

En somme, sur **92** malades du sexe masculin examinés, compris quelques malades atteints d'affections organiques d système nerveux, **49**, soit **53** °/₀, ont donné des réponses pos tives ; **43**, soit **47** °/₀, des réponses négatives. La proportion e ainsi sensiblement la même que pour les sujets du sexe féminin

**RÉCAPITULATION**

| | SUJETS FÉMININS | | | SUJETS MASCULINS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total. | Cas positifs. | Proportion. | Total. | Cas positifs. | Proportion |
| Neurasthénie | 53 | 41 | 77 % | 51 | 31 | 61 % |
| Hystérie | 28 | 12 | 43 % | 9 | 4 | 44 % |
| Mélancolie, hypochondrie, déséquilibre mental et autres vésanies | 13 | 3 | 15 % | 22 | 8 | 36 % |
| Affections nerveuses à lésions et autres affections organiques | 17 | 5 | 23 % | 10 | 6 | 60 % |

En réunissant les malades des deux sexes, on trouve qu *sur 203 personnes examinées, 110, soit* 54 °/₀, *ont donné de réponses positives ;* 93, soit 46 °/₀, des réponses négatives.

*Plus de la moitié des personnes examinées ont donc succomb au piège qui leur était tendu, ont cédé à la suggestion.* Je n voudrais pas tirer de ces chiffres des déductions d'un caractèr

absolu et les donner comme la mesure de la suggestibilité humaine en général. Mes expériences prouvent tout au moins l'extrême fréquence des phénomènes de suggestion chez les nerveux et mettent bien en lumière le rôle prépondérant de l'idée dans la genèse de leurs sensations.

Quelques considérations sur la manière dont se sont comportés les malades des différents groupes me seront permises à la fin de ce travail. *C'est,* comme on l'a vu, *dans la catégorie des* NEURASTHÉNIQUES *qu'on rencontre la plus forte proportion de sujets accessibles à la suggestion,* et cela n'est pas de nature à surprendre, car tout dans la mentalité du neurasthénique concourt à la favoriser. Le neurasthénique, en effet, possède une activité psychique compliquée, touffue ; il est généralement cultivé au point de vue intellectuel et moral. Ses sentiments affectifs sont très développés. C'est une cire molle que tout impressionne. Son jugement ne parvient pas à s'affranchir des influences émotionnelles, à établir une coordination rigoureuse entre les faits de conscience[1]. Le neurasthéniqne est en général bon, crédule, aimable, quand l'attention portée sur lui-même ne l'a pas rendu trop égoïste. Il représente en somme un type d'élite parmi les psychonévrosés. Placé en face de l'appareil, il s'intéresse à l'examen, l'accueille souvent avec une certaine appréhension, rarement avec indifférence. L'application des anneaux éveille immédiatement en lui des associations d'idées en rapport avec l'électricité, son attention est tendue et prête à signaler les moindres sensations, *attention expectante* au premier chef, avec sa puissance suggestive bien connue. Le neurasthénique répond souvent à la question : « Sentez-vous quelque chose ? » par les mots : « Pas encore, pas jusqu'à présent », laissant entrevoir qu'il s'attend bien à sentir quelque chose dans la suite.

L'HYSTÉRIQUE se comporte à cet égard très différemment : la malade, car il s'agit plus souvent d'une femme, ne prend pas l'examen au sérieux. Même ses démonstrations de crainte ont quelque chose de théâtral, de factice, ce n'est pas une émotion sentie. Aussi les sensations, malgré les manifestations bruyan-

1. — Dans une étude antérieure, j'ai fait ressortir à quel point cet irrationalisme mental peut se traduire par des troubles moteurs à l'occasion de l'examen du réflexe rotulien. (*Journal de Neurologie*, n° 8, 1903.)

tes du sujet, se réduisent-elles au fond à fort peu de chose Souvent l'indifférence à l'égard de l'examen est absolue. L sujet passe machinalement ses doigts dans les anneaux, rest impassible et répond par un « non » sans commentaires, au questions que l'expérimentateur est obligé de lui poser ; so inattention se manifeste entre autres par une grande difficulté garder les yeux fermés pendant toute la durée de l'examen.

J'ai trouvé la passivité la plus grande chez les malades pré sentant des troubles hystériques classiques, ainsi chez toute les malades ayant une anesthésie cutanée étendue, chez de jeunes filles anorexiques, chez des femmes abasiques. Jane dans ses magistrales études psychologiques sur l'hystérie, signalé l'indifférence et la distraction qu'on rencontre chez le hystériques à l'égard de tout ce qui touche aux sensations. considère cette distraction pathologique comme une des cause principales des troubles de sensibilité, et mes expérience paraissent confirmer cette manière de voir.

Quand j'ai commencé mes expériences, j'avoue que, pénétr de l'idée que les hystériques vivent dans un monde d'autosug gestions, je m'étais attendu à rencontrer dans cette classe d névrosés le plus grand nombre de résultats positifs. Je n'ai pa été long à me rendre compte que chez eux la suggestion spécial créée par l'examen rencontre par le fait de la distraction d grandes difficultés. Si l'hystérique est suggestible, il l'est, si j puis m'exprimer ainsi, à son heure, à sa fantaisie ; il saisit l'idé au gré de sa disposition d'esprit capricieuse, et en subit alors l domination ; mais le plus souvent, ancré dans un système fix d'autosuggestions, il est plus réfractaire que le neurasthéniqu et l'individu sain à une hétérosuggestion nouvelle. C'est le ca surtout pour les hystériques classiques chez lesquels, d'après Janet, le rétrécissement du champ de conscience a imprimé à l mentalité un type déterminé. Qu'importe, en effet, à l'hystériqu abasique ou anorexique l'examen qu'on prétend lui imposer ? I demeure totalement en dehors de son champ de conscience absorbé tout entier par l'idée maladive. Quelquefois cependant et j'en ai cité un cas typique, la suggestion s'établit parce qu'elle est conforme à des autosuggestions préexistantes auxquelles elle vient se surajouter.

Il n'en est pas de même chez l'HYPOCHONDRIAQUE GRAVE et le

MÉLANCOLIQUE, chez lesquels le résultat également négatif de l'examen de la suggestibilité est dû à d'autres causes. L'hypochondriaque peut bien être, par l'intensité de ses préoccupations maladives, surtout quand celles-ci sont accompagnées de sensations pénibles, rendu indifférent à l'examen en question ; mais, en général, il l'accueille avec un scepticisme amer, sûr d'avance qu'il ne sentira rien, qu'au contraire l'examen ne sera qu'une preuve de plus de son incurabilité. Il se produit chez lui une vraie *autosuggestion négative* qui, pour aboutir au même résultat que l'aboulie hystérique, n'en est pas moins d'essence toute différente.

Si la suggestibilité suppose chez l'homme un niveau psychique d'une certaine élévation, faut-il saluer sa présence, telle qu'elle est révélée chez le nerveux par l'examen que j'ai décrit, comme un signe favorable et dire avec Bérillon que suggestion est synonyme d'éducabilité ? — Je ne saurais être de cet avis. Sans doute le fait de rencontrer chez un nerveux une suggestibilité considérable indique une mentalité plastique et malléable qui pourra être susceptible d'une influence éducatrice favorable. Je préfère cette mentalité à celle du nerveux raisonneur, sceptique, indifférent, qui ne subira pas la suggestion de l'électrisation, mais qui résistera aussi à l'influence psychothérapique. Cependant on peut rencontrer des nerveux qui, bien que doués d'une sensibilité affinée, bien qu'apportant à l'examen la plus grande attention, résistent à la suggestion. Ils dénotent par là une rectitude de jugement qui, pour n'être pas générale, car ils peuvent faire preuve d'illogisme sur un point spécial, n'en est pas moins un sûr garant de leur aptitude à un traitement psychique rationnel.

L'expérience m'a prouvé que l'examen de la suggestibilité au moyen de l'électrisation simulée est en mesure d'apporter à l'observateur attentif des matériaux précieux pour la connaissance de la mentalité du sujet. Le procédé constitue, pour employer l'expression de Binet, un véritable *test de psychologie individuelle*. Le praticien pourra en tirer parti même dans un but directement curatif en révélant en temps opportun au malade le piège dans lequel il est tombé. En lui donnant ainsi une preuve convaincante de son illogisme mental, il pourra insister d'autant plus sur la nécessité de fortifier en lui le

contrôle raisonnable, et c'est là le but, à mon avis, de tout psychothérapie rationnelle, à défaut de quoi le nerveux retom bera toujours dans ses autosuggestions maladives.

M. RÉGIS, *de Bordeaux.* — J'ai été surpris d'entendr M. Schnyder dire que, parmi ceux de ses malades qui se son montrés suggestibles, il y en avait de « nettement vésaniques » Je croyais qu'il était bien démontré aujourd'hui que le *vésaniqu* c'est-à-dire l'aliéné véritable et pur, était réfractaire à la sug gestion.

Il eût été nécessaire de contrôler les expériences de sugges tibilité chez ces malades par des expériences analogues che des sujets sains. Je suis convaincu en effet — l'observation nou montre tous les jours des faits de cet ordre — que si l'on plaçai entre les mains d'individus quelconques, non névropathes, le pôles d'un appareil électrique au repos, en leur affirmant que l courant passe, un certain nombre d'entre eux sentiraient c courant. Pour apprécier exactement la valeur de cette méthod comme agent de révélation de la suggestibilité chez les nerveux il était donc nécessaire de pratiquer la contre-partie, c'est-à dire de déterminer ce qu'elle donne chez des sujets no malades, pris au hasard.

Je désire enfin rappeler à M. Schnyder que si les expérience préalables auxquelles il soumet ses malades peuvent, dans un certaine mesure, révéler chez eux l'existence de la suggestibilit et son degré, elles ne sauraient indiquer, par cela même, s cette suggestibilité sera ou non utilisable en pratique. La sug gestibilité expérimentale n'est pas, en effet, la suggestibilit thérapeutique, et de ce que l'épreuve du pseudo-courant électri que aura été positive chez un sujet il ne s'ensuit pas, tant s'e faut, que son obsession, s'il en a une, doive céder à la sug gestion.

M. CROCQ, *de Bruxelles.* — Au Congrès de psychologie d Munich, M. A. Voisin rapporta des succès qu'il avait obtenus pa la psychothérapie chez les aliénés; j'objectai que des aliéné véritables n'étaient pas suggestibles, que mes essais avaien échoué. Depuis lors je n'ai cessé d'essayer la suggestion che les aliénés et jamais je ne suis parvenu à influencer un véritabl psychopathe. Ces faits prouvent que l'on ne s'entend pas bien

sur ces termes *névropathe* et *psychopathe* et que les malades considérés par M. Régis et par moi comme des *nerveux*, sont classés par MM. Voisin et Schnyder parmi des *aliénés*.

M. SCHNYDER. — Le temps restreint accordé à ma communication ne m'a pas permis d'insister sur ce fait, que les malades classés comme vésaniques dans ma statistique (35 sujets), sont précisément ceux chez lesquels on rencontre la plus forte proportion de résultats négatifs, conformément à l'opinion de M. Régis. Cela est vrai, surtout pour les mélancoliques et les hypochondriaques graves.

Je suis également convaincu que l'examen de la suggestibilité, tel que je le pratique, donnerait chez les sujets sains des résultats positifs dans une proportion même plus considérable que chez les malades nerveux dont un grand nombre sont, par le fait même de leur état psychique, rendus réfractaires à la suggestion.

Quant à considérer la suggestibilité expérimentale comme utilisable en pratique, j'en suis d'autant plus éloigné que mes efforts thérapeutiques visent précisément à débarrasser les nerveux de leurs autosuggestions et à fortifier en eux le contrôle de la raison.

Dr CROCQ, *Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles (Belgique).*

**Les phénomènes morbides d'habitude. — Insomnie et attaque d'habitude.** — Au Congrès de Bruxelles, notre distingué président, M. le professeur Brissaud [1], attira l'attention sur les douleurs d'habitude. « Certains sujets, disait-il, viennent nous consulter pour une douleur dont la nature, l'intensité, le siège même n'ont qu'une importance secondaire, alors que son caractère essentiel est de survenir soit à date fixe, à heure fixe et sans influence extérieure appréciable, soit à un moment quelconque, mais alors sous l'influence apparente d'une circonstance invariable et cependant manifestement insignifiante.

« Ainsi, dans l'un et dans l'autre cas, la douleur semble n'obéir

1. — Brissaud : *Les douleurs d'habitude* (" Progrès médical " 9 janvier 1904, n° 2, p. 17. Compte-rendu du Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, t. II, p. 215).

qu'à une loi, celle de l'habitude. Tantôt l'habitude se rapport un moment prévu, par une sorte d'horaire spécial au sujet, tan elle se manifeste à un moment fixé par une occupation spéci au sujet. L'heure, comme la circonstance occasionnelle, va selon les sujets, mais est invariable chez chaque sujet, en d' tres termes, l'heure et la circonstance sont individuels. »

L'intéressante communication de M. Brissaud provoqua assentiment général : tous les assistants avaient observé douleurs d'habitude, tous retrouvaient, dans la description cas relatés, la reproduction de ceux qu'ils avaient eux-mên observés. M. Toulouse fit remarquer que nous sommes soumi un véritable système cyclique inconscient, analogue, pour l'e psychique, à celui que l'on observe pour la température sor tique. Ce rythme, une fois établi, il est bien difficile à un nev pathe d'en sortir.

L'habitude est, sans contredit, un des phénomènes les p communs de notre système nerveux dont le fonctionnement te incessamment à devenir automatique : tout acte, toute impr sion, toute pensée, s'étant une première fois produits, auront u tendance naturelle à se reproduire par la suite avec une faci de plus en plus grande à mesure que cet acte, cette impressi ou cette pensée auront davantage tracé le chemin des comn nications interneuroniques, chemin que Descartes attribuai l'*action mécanique des esprits animaux*.

C'est ainsi que chaque heure qui sonne amène son ic habituelle, provoquant des actes dans lesquels la conscie intervient peu ou pas du tout. Dans une habitude complexe, succession des actes s'explique par la succession des idées leur ont donné naissance une première fois; ces idées sc conservées et associées suivant l'ordre que la volonté ou circonstances leur ont imposé. Toutes nos habitudes se résolve en représentations déterminantes, idées ou émotions, dont nc subissons l'influence à notre insu [1].

L'habitude, si fréquente en physiologie, l'est plus encore pathologie; si, en effet, un système nerveux normal se lais pétrir par les circonstances extérieures, et est soumis aux pl nomènes si fréquents de l'habitude, un système nerveux anorm

1. — Colsenet : *La vie inconsciente de l'esprit* (Paris, 1880, p. 200).

plus suggestible, plus automatique, moins refréné par le moi conscient, devient l'esclave de l'habitude ; son fonctionnement psychique supérieur, au lieu de dominer le système psychique inférieur, se trouve tout entier sous sa domination ; ce que ce sujet fait, ce n'est pas ce qu'il a résolu après mure réflexion, c'est ce que son psychisme inférieur lui impose ; il se rend compte de son aboulie, il reconnaît qu'il devait agir autrement et cependant il cède à ses impulsions habituelles.

MM. Meige et Feindel[1] ont magistralement décrit le rôle de l'habitude dans la genèse des tics : « L'influence néfaste de la débilité volontaire, disent-ils, apparaît clairement si l'on considère que le tic n'est pas autre chose qu'une habitude motrice anormale... dont le sujet est incapable de maîtriser le besoin. »

Les travaux successifs de Meige sur cette question me dispensent d'insister ; il paraît aujourd'hui établi que le tic est un véritable phénomène d'habitude analogue à la douleur d'habitude décrite par Brissaud. Mais les phénomènes morbides d'habitude sont très nombreux, je dirai même infinis ; ils se rencontrent dans les maladies les plus diverses des organes les plus variés. Le passage à l'état chronique des maladies aiguës quelconques n'est-il pas un fait de ce genre : l'organe atteint, dont la nutrition est viciée, a, chez certains sujets, une tendance bien marquée à présenter des perturbations définitives qui ne sont que des habitudes nutritives défectueuses.

Changez cet état de choses, provoquez une perturbation subite dans cette habitude organique vicieuse, favorisez, par exemple, un nouveau processus aigu et l'organe, ayant perdu l'habitude de fonctionner de la manière qui était devenue pour lui normale pourra, après guérison du processus aigu, reprendre son fonctionnement d'autrefois.

Dans les affections du système nerveux, l'habitude joue nécessairement un rôle beaucoup plus grand encore : dans les névroses, *tout est habitude* peut-on dire ; les douleurs, les obsessions, les phobies, se produisent de plus en plus facilement à mesure qu'elles se répètent. Une première impression frappe-t-elle un système nerveux faible, présentant cette infériorité du psychisme supérieur dont nous avons parlé, elle aura une tendance invin-

1. — Henry Meige et E. Feindel : *Les tics et leur traitement* (Paris, 1902, p. 102).

cible à se reproduire soit spontanément, soit à l'occasion d'un cause insignifiante quelconque.

Tel sujet traverse une passerelle ; sous l'influence d'un inci dent peu précis, l'idée lui vient qu'il pourrait tomber ; à parti de ce moment il ne peut plus jamais traverser de passerelle c'est le cas d'une jeune névropathe que j'observe en ce momen

Tel autre craint, un beau jour, d'être écrasé par un véhicule depuis cette époque il ne peut plus traverser les rues mêm lorsqu'elles sont désertes : inconsciemment la vue de la voi publique réveille en lui l'idée du danger et consécutiveme l'inhibition motrice que sa volonté est incapable de vaincre.

***

Ces faits sont trop banals pour que je doive m'y arrêter pl longtemps ; je désire seulement insister sur deux phénomèn d'habitude qui me paraissent frappants.

Dans une communication à la Société belge de Neurologi j'ai incidemment parlé de l'*insomnie d'habitude*.

A propos du traitement pathogénique des insomnies, je faise remarquer que, dans bien des cas, la suppression de la cause l'insomnie n'entraîne pas immédiatement le retour du somm normal. Je citais les exemples suivants [1] :

Voici, par exemple, une femme hystérique, dormant habitu lement bien, qui sous l'influence d'une névralgie intercosta devient agrypnique ; c'est à peine si elle repose pendant de heures, la souffrance la réveillant dès qu'elle commence à so meiller.

La douleur persiste pendant six jours, puis disparait comp tement.

Elle se croit guérie et se réjouit à l'idée qu'elle pourra reposer enfin comme auparavant. Mais, ses espérances s vaines ; dès la première nuit, elle se sent agitée ; elle consta avec anxiété, que son insomnie persiste ; elle espère que t rentrera bientôt dans l'ordre, mais, au bout de quelques jo elle se rend compte que l'équilibre est rompu et que la nuit laisse harassée de fatigue. Elle me décrit son état, je lui ad

1. — Crocq : *Traitement pathogénique des insomnies.* (" Ann. de la Belge de Neur. "), n° 1, 1904, séance du 28 mai. — (" Journal de Neurologi 20 juillet 1904, n° 14, p. 275.

nistre, deux jours consécutifs, un hypnotique à dose moyenne ; le sommeil revient et se rétablit normalement.

Voici un nerveux, bon dormeur jusqu'au moment où il fait une perte d'argent importante ; sous l'influence de cet événement son sommeil devient mauvais, il s'accuse d'avoir ruiné les siens, cherche à obvier à son malheur, combine des opérations financières. Pendant quinze jours, il se repose à peine, puis, par un revirement comme il s'en produit si souvent à la Bourse, sa situation change du tout au tout ; non seulement la ruine est évitée, mais la fortune lui sourit, il se réjouit, se sent le cœur léger, mais le sommeil ne revient pas ; il n'est plus anxieux, mais il ne dort pas mieux ; il n'a plus d'idées de ruine, il ne combine plus les moyens de se refaire ; mais son esprit travaille encore, il ne parvient pas à calmer son idéation exagérée. Après huit jours d'attente, il suffit, dans ce cas, de l'administration d'un hypnotique, pris pendant *quatre jours consécutifs,* pour ramener le sommeil d'autrefois.

Je pourrais multiplier à l'infini des exemples analogues, qui prouvent que notre système nerveux est une véritable machine automatique, dont le fonctionnement, une fois troublé, a besoin d'être réglé à nouveau pour récupérer son équilibre normal.

Il s'agit évidemment là d'un phénomène d'habitude, d'*insomnie d'habitude,* manifestation de même nature que la *douleur d'habitude* décrite par Brissaud. Pour rompre cette habitude vicieuse de l'organisme, il suffit, à l'aide d'un hypnotique bien choisi, de provoquer *pendant quelques jours* le sommeil aux heures habituelles ; le système nerveux, momentanément perturbé, reprend alors son fonctionnement régulier, qui persiste après la suppression du soporifique. La cause résidant dans l'hyperexcitabilité cérébrale, l'administration des médicaments hypnotiques constituera, dans ces cas, une véritable thérapeutique pathogénique.

A propos des insomnies circulatoires, j'ajoutais :

Cette thérapeutique réussit dans un grand nombre de cas ; il est bon toutefois de se rappeler que le *phénomène d'habitude,* signalé à propos des insomnies nerveuses, peut se rencontrer aussi dans les insomnies circulatoires et qu'il est souvent utile, lorsque la circulation cérébrale est régularisée, d'employer,

pendant quelques jours, la médication soporifique, qui fera dis paraître l'habitude de l'insomnie.

L'*insomnie* d'habitude est extrêmement fréquente et je sui certain, Messieurs, que vous l'aurez tous observée,

***

Je désire maintenant appeler votre attention sur les *attaqu d'habitude* que je considère également comme peu rares. n'étonnerai personne en parlant d'attaques d'habitude dans l'hy térie; ainsi que je l'ai dit plus haut, tout dans l'hystérie e automatisme plus ou moins conscient, tout est habitude.

**Observation I. — Marie L..., âgée de 25 ans, vient me consulter 15 janvier 1904, à la clinique Ste-Anne; dans ses antécédents héréd taires, je relève une mère hystérique, un père alcoolique et un frè tiqueur. La malade n'a présenté que des maladies infantiles ordinaire elle a toujours été très impressionnable.**

**Le jeudi 12 novembre 1903, elle fut effrayée par un chien qui, bru quement, sauta sur elle. Elle s'enfuit regagna son domicile et, à pei arrivée à destination, elle fut atteinte d'une violente crise de nerfs était alors 3 heures de l'après-midi). Le dimanche 15 novembre, 2 h. 1/2, elle présenta un nouvel accès, puis régulièrement tous l jeudis et tous les dimanches, entre 2 et 3 heures du soir, elle eut u crise. Soumise à un traitement hydrothérapique, elle n'en continua p moins à présenter des attaques à date fixe.**

Elle vint me consulter un vendredi, lendemain de son accès. Aya reconnu l'absence de toute cause organique morale ou hygiénique nature à entretenir les attaques, je conclus à des phénomènes d'hal tude; je prescrivis 2 grammes de bromure de potassium à prendre dimanche et le jeudi suivants à 2 heures du soir. Les accès furent su primés; la malade continua son traitement pendant trois semaines bout desquelles je la considérai comme guérie; depuis lors, malgré suppression du bromure, les accidents ne se sont plus reproduits.

Observation II. — Louise C..., âgée de 32 ans, vient me consul le 5 décembre 1903; son père est mort d'apoplexie, sa mère est nerveu un frère est épileptique, une sœur aliénée. Elle-même a toujours j d'une santé physique excellente. A plusieurs reprises, elle a atteinte de dépression mélancolique passagère. Le 26 novembre 1 elle a éprouvé une frayeur violente; son frère, dans un de ses ac s'est horriblement brûlé le visage. En le voyant, elle présenta une p mière attaque de nerfs vers 9 heures du soir; depuis lors, tous deux jours, vers la même heure, l'accès se reproduit.

Toutes les fonctions organiques se faisant parfaitement, je presc 2 grammes de bromure de potassium à prendre vers 7 heures du s

le jour où l'accès doit se produire. A partir de ce moment, les accidents convulsifs cessent ; après quinze jours, le traitement est suspendu, la guérison se maintient définitive.

Observation III. — Jules A..., âgé de 16 ans, vient me consulter le 20 février 1904 ; son père est alcoolique, sa mère nerveuse, deux sœurs sont hystériques. Lui-même a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Très sensible au tabac, une cigarette provoquant déjà des troubles toxiques, il a voulu néanmoins fumer un cigare, il l'a dégusté jusqu'au bout, mais il s'est ensuite senti nerveux, inquiet et, dix minutes après, éclata un accès convulsif hystérique. Cela se passait le 2 février, à 3 heures de l'après-midi ; le lendemain, vers la même heure, nouvelle crise ; le surlendemain, même accident à 11 heures du matin, puis tous les jours une crise entre 11 heures et 3 heures. Lorsque je vis le malade, je ne relevai aucune trace de trouble organique ni d'intoxication quelconque. L'administration du bromure de potassium à la dose de 2 grammes, pris à 9 heures du matin, coupa net ces accès ; le traitement fut cessé au bout de quinze jours ; la guérison se maintint.

Je pourrais multiplier ces exemples, les attaques d'habitude étant excessivement fréquentes dans l'hystérie ; il s'agit, dans tous les cas d'accès, qui, créés par une cause occasionnelle banale, continuent à se produire bien que l'agent étiologique ait disparu. Certes, la guérison de ces cas n'est pas toujours aussi aisée que celle qui a été obtenue dans les trois observations précédentes ; ce sont là des faits types, qui démontrent la continuation des phénomènes convulsifs malgré la suppression de la cause et la guérison rapide sous l'influence de l'arrêt brusque du phénomène d'habitude. Souvent, les accès, bien que constituant des phénomènes d'habitude, se reproduisent malgré les traitements, l'habitude morbide s'enracine profondément dans un système nerveux malléable ; il en est de même, du reste, des tics qui, bien qu'étant des phénomènes d'habitude, peuvent cependant présenter une résistance invincible au traitement.

Mais ce n'est pas seulement dans l'hystérie que l'on peut rencontrer des attaques d'habitude ; ces accidents peuvent se produire même dans certaines épilepsies. Il est bien évident que je n'envisage pas ici les cas d'épilepsie constitutionnelle, dite essentielle, s'accompagnant de troubles mentaux, je veux parler seulement de certaines épilepsies occasionnelles, provoquées par l'action d'un agent étiologique fortuit sur un terrain neuropathique.

Observation IV. — Louis V..., âgé de 34 ans, ouvrier agricole, vient me consulter à la clinique le 10 février 1904; ses parents sont vivants et bien portants, sa mère est nerveuse, deux frères et sœurs sont très nerveux. Le malade n'a pas eu de convulsions; il a fait la coqueluche, la scarlatine et la rougeole. Sobre d'habitude, il a, le 15 janvier, fait des excès anormaux de boissons; ivre-mort, il a dormi pendant quinze heures, puis, au réveil, le samedi 16 janvier, vers midi, il présenta un accès épileptiforme caractérisé.

L'accès se représenta le lundi, vers la même heure, puis le vendredi et ensuite tous les lundis et vendredis entre 11 heures et midi jusqu'au jour où il vint me voir, c'est-à-dire le mercredi 10 février. Ayant reconnu l'absence de cause appréciable quelconque à ces accès, l'intégrité absolue des voies digestives et de la nutrition générale, je prescrivis trois grammes de bromure par jour, plus deux grammes en une fois les lundis et vendredis à 10 heures. Les attaques cessèrent brusquement; au bout de quinze jours le traitement fut suspendu et la guérison se maintint.

Observation V. — Paul L..., âgé de 19 ans, garçon de magasin, vient me consulter le 5 mars 1904; son père est mort à l'âge de 37 ans de tuberculose pulmonaire, sa mère est bien portante; une sœur a été choréique, un frère est alcoolique. Lui-même n'a pas eu de convulsions; il a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de 18 ans, époque à laquelle il fut atteint de dyspepsie avec auto-intoxication intense; c'est après une digestion plus pénible que de coutume avec phénomènes autotoxiques très marqués qu'il a, en août 1903, présenté un premier accès épileptique.

La crise se reproduisit ensuite à l'occasion de nouvelles digestions difficiles, puis au bout de trois mois, elle reparut assez régulièrement deux fois par semaine sans être chaque fois précédée de troubles gastro intestinaux plus accentués que de coutume. Désirant me rendre exactement compte de l'étiologie du cas, j'administrai du bromure de potassium à la dose de 6 grammes par jour. Ce traitement produisit en même temps qu'une augmentation de troubles digestifs, un accroissement du nombre des accès. Je cessai la médication et prescrivis un régime léger, l'usage de boissons alcalines, je régularisai les selles Les phénomènes dyspeptiques s'amendèrent; en même temps, les accès qui se montraient, pendant le traitement bromuré, jusqu'à cinq et six fois par semaine, reprirent leur fréquence antérieure et ne reparurent plus que deux fois par semaine. A la fin du mois d'avril, je pus constater que les voies digestives étaient redevenues normales, que la nutrition était bonne. Malgré cela, les accès se reproduisaient toujours deux fois par semaine. Estimant que la cause organique des attaques n'existait plus, et que ces dernières ne se produisaient plus que grâce à une habitude vicieuse de l'organisme, j'instituai à nouveau le traitement bromuré, à la dose de 6 grammes par jour, comme antérieurement (26 avril). Le malade eut un accès pendant la semaine, puis deu

dans la suivante, puis un, puis plus du tout. La médication fut poursuivie pendant un mois et la guérison fut définitive.

Observation VI. — Louis P..., âgé de 26 ans, ouvrier tapissier, se présente à ma consultation le 2 avril 1904 ; son père est mort d'alcoolisme chronique, sa mère est bien portante. Enfant unique, P... a eu à l'âge de 3 ans, un accès de convulsions pendant une coqueluche. Depuis il a toujours joui d'une santé parfaite. Le 12 mars, travaillant au haut d'une échelle, il a senti cette dernière vaciller ; pour éviter une chute brutale, il sauta sur un matelas, fortuitement placé près de l'échelle. Il ne se fit aucun mal, mais l'émotion morale fut telle qu'il présenta un accès d'épilepsie.

L'accident eut lieu un samedi, à 10 h. 1/2 du matin ; depuis lors, tous les huit jours, le samedi, entre 10 heures et 2 heures, il se sent tremblant et est pris d'une attaque épileptique. Les fonctions organiques étant en bon état, je conclus à des accès d'habitude ; je conseillai à cet homme d'avaler 3 grammes de bromure le samedi à 8 heures du matin, et j'eus le plaisir de constater la cessation brusque de toute convulsion. Après quatre semaines, je permis au patient de cesser son traitement ; la guérison se maintint.

Ces faits, dont je pourrais donner des exemples plus nombreux, viennent à l'appui de cette idée que j'énonçais tantôt, à savoir que les phénomènes d'habitude sont excessivement fréquents en pathologie nerveuse ; ils prouvent entre autres que si la douleur d'habitude se rencontre souvent, l'insomnie d'habitude et l'attaque d'habitude sont loin d'être rares.

Dr RÉGIS, *de Bordeaux*. — L'idée fixe, l'obsession me paraissent jouer un rôle important dans les phénomènes morbides d'habitude dont vient de nous parler M. Crocq.

En ce qui concerne notamment l'*insomnie d'habitude*, dont j'ai observé de nombreux exemples, je puis dire que, constamment, je l'ai trouvée liée à une idée fixe, à une obsession.

Les sujets qui en sont atteints se divisent très nettement pour moi en deux catégories : les uns ne dorment pas parce qu'ils ont *peur de ne pas dormir*, c'est-à-dire par *phobie de l'insomnie ;* les autres ne dorment pas parce qu'ils ont *peur de dormir*, c'est-à-dire par *phobie du sommeil*.

Les premiers ont eu, à l'origine, une ou plusieurs nuits d'insomnie, sous l'influence d'une cause accidentelle quelconque : maladie, préoccupation, bruits du dehors, tels que cloches, aboiements de chien, etc. A dater de ce moment, ils ont eu peur

de continuer à ne pas dormir et, chaque soir, en se mettant au lit, ils s'auto-suggestionnent en se disant anxieusement : « Vais-je dormir ? Si j'allais encore ne pas dormir ? Je suis sûr que ça va encore être la même chose, que je ne vais pas dormir ? » ; et alors, infailliblement, ils ne dormiront pas, comme l'éreutophobe est sûr infailliblement de rougir lorsqu'il s'est dit anxieusement par avance : « Si j'allais rougir ? Je sens que je vais rougir ! »

Ce qu'il y a de particulier, chez ces insomniaques d'habitude, c'est qu'ils ont recours pour dormir à tous les hypnotiques, qu'ils expérimentent l'un après l'autre, sans aucun succès, car ils en neutralisent d'avance l'action par leur auto-suggestion phobique.

Chez les sujets qui ont de l'insomnie d'habitude, par peur de dormir, par phobie du sommeil, les choses se passent ordinairement de même. A l'origine, il y a eu, soit un malaise nocturne qui a fortement ébranlé l'émotivité de l'individu, soit la nouvelle de la mort brusque, la nuit, d'une personne connue. Dès lors, la phobie est créée et le malade ne dort plus parce que, s'auto-suggestionnant, il se répète anxieusement tous les soirs : « Si j'allais ne pas me réveiller ? Si j'allais mourir dans mon sommeil ? Je vais peut-être m'en aller en dormant ? » Et c'est ainsi que par ce mécanisme il en arrive, sans s'en apercevoir parfois, à l'insomnie d'habitude.

On voit par là, comme je le disais, qu'au fond de l'insomnie d'habitude il y a le plus souvent une idée fixe, une obsession. Je suis convaincu qu'il en est de même pour beaucoup d'autres de ces phénomènes pathologiques d'habitude que M. Brissaud a si heureusement signalés, et dont M. Crocq vient à son tour de nous entretenir de façon si intéressante.

Dr CROCQ, *de Bruxelles*. — Je suis d'accord avec M. Régis pour reconnaître un rapport très étroit entre des obsessions d'habitude et l'insomnie d'habitude, mais je crois qu'il existe des insomnies d'habitude sans obsession d'habitude.

Dr CROCQ, *de Bruxelles.*

**Un moyen épilepto-frénateur héroïque. — Le décubitus latéral gauche.** — « Quand les convulsions ont commencé, dit Féré[1] en parlant de l'épilepsie, il n'y a rien, sauf de rares exceptions, qui puisse les arrêter. Les seules mesures à prendre alors sont des mesures de préservation ayant pour but d'éviter des blessures et la suffocation. »

« Il n'est possible d'arrêter un accès épileptique, dit Kovalevsky[2], que dans le cas où il est précédé d'aura. »

Cette manière de voir est, depuis longtemps, admise par tous les cliniciens ; autant il est unanimement reconnu que les attaques précédées d'aura peuvent être quelquefois empêchées, par des moyens empiriques que le malade met du reste lui-même en usage, tels que la constriction d'un membre ; autant on s'incline devant l'impossibilité d'arrêter un accès d'épilepsie lorsqu'il est commencé.

Le mieux, dans l'état actuel de nos connaissances, est de laisser le malade tranquille, d'où cette coutume populaire de le couvrir jusqu'à la cessation des convulsions.

Eh bien, Messieurs, l'idée dans laquelle nous avons été élevés qu'aucun moyen d'arrêter un accès d'épilepsie n'existe, est absolument fausse. Nous possédons un procédé d'une simplicité étonnante et d'une puissance plus surprenante encore.

Le 28 mai 1904 a paru, dans le *British medical Journal,* un articulet signé de Mac Conaghey, d'Edimbourg, sur une méthode d'arrêter les attaques épileptiques. Cette note, perdue au milieu d'autres sous le titre de « memoranda », contient les lignes suivantes[3] : « Me trouvant un jour dans un refuge de femmes épileptiques, je vis l'infirmière, qui vit dans la crainte perpétuelle de perdre une de ses malades par suffocation pendant un accès, secouant vigoureusement et frappant le dos d'une patiente en proie à la période clonique d'une crise d'épilepsie. Comme je la questionnais sur ces étranges procédés, elle me dit qu'elle tâchait d'arrêter l'accès et m'expliqua comment elle était arrivée à employer ce moyen. Un jour, comme elle s'élan-

1. — Féré : *Épilepsie* (Encyclopédie des aides-mémoire. Paris, p. 163).
2. — Kovalevsky : *Épilepsie* (Paris, 1901, p. 94).
3. — *British medical Journal,* 1904, n° 2265, 28 mai, p. 1253.

çait à l'aide d'une malade atteinte d'une terrible attaque, elle fit un faux pas et tomba sur la patiente dont, à son grand étonnement, la crise cessa immédiatement. Continuant ma visite, je pris note des malades sérieusement atteintes et j'ordonnai à l'infirmière de tourner la patiente sur le côté gauche au début de la crise, de la maintenir en cette position et de me rendre compte des résultats.

» J'ai également essayé cette méthode par moi-même dans plusieurs cas avec un succès complet.

» Presque tous les cas dont il s'agit ont été traités pendant la période de spasme tonique ; dans chaque cas, la malade fut tournée sur le côté gauche ; les muscles s'assouplirent et la couleur de la face revint ; l'embarras de la respiration et la perte de connaissance continuèrent quelque temps, mais aucun spasme clonique ne se produisit. J'ai également essayé de tourner la patiente sur le côté droit, mais j'obtins de moins bons résultats....

» Maintenant quand je me trouve en présence d'un malade en proie à une attaque, je le tourne rapidement sur le côté gauche et je ne fais rien d'autre que de le maintenir dans cette position. L'effet est généralement prompt, il n'y a aucun danger de blessures à la langue, puisqu'il n'y a pas de contraction des mâchoires et que la respiration est facile. La plupart des malades que j'ai traités de cette manière avaient des accès violents : livrés à eux-mêmes, ils tombaient dans une violente période convulsive.

Comme complément à cette méthode, l'auteur décrit le moyen d'arrêter les accès précédés d'aura périphérique en ligaturant le membre qui en est le siège.

Parmi les faits signalés par Mac Conaghey, il en est qui sont connus et même presque banals : ainsi que nous l'avons dit l'arrêt des accès précédés d'aura a été indiqué depuis longtemps et est pratiqué instinctivement par les malades. De même la pratique de son infirmière qui cherchait à arrêter la crise en frappant la patiente a été signalée par Féré et Jules Voisin.

Mais le procédé qui consiste à placer le malade sur le côté gauche est nouveau et mérite d'être examiné attentivement.

Dès que j'eus connaissance de l'article sus-mentionné, je recommandai au surveillant de la maison de santé d'Uccle de mettre ce moyen en usage.

Il y avait, à ce moment, seulement deux épileptiques, ayant des accès très fréquents : le premier, atteint de démence épileptique, présentait deux espèces d'accès très différents : les uns précédés d'un aura consistant en une crampe dans le bras gauche, les autres subits, sans phénomène prémonitoire. Le malade parvenait, en serrant violemment sa main gauche à l'aide de sa droite, à arrêter la plupart des accès de la première espèce ; il était impuissant à empêcher les seconds qui arrivaient sans trouble prémonitoire quelconque.

Il tombait de deux à six fois par jour. Dès le premier jour, le surveillant me dit qu'ayant tourné le malade sur le côté gauche au début de la période tonique, il avait constaté la détente immédiate et le retour rapide à la conscience, sans la période clonique et sans le stertor habituels.

A partir de ce moment, le procédé fut mis en usage tous les jours et toujours avec un résultat analogue.

Un jour le malade tomba en ma présence ; immédiatement le surveillant le tourna sur le côté gauche et je vis l'accès cesser instantanément ; presque immédiatement le patient se releva.

L'autre malade est un épileptique psychique d'une force herculéenne, sujet à des attaques relativement peu nombreuses mais d'une intensité extrême ; le procédé décrit lui fut appliqué avec un résultat aussi éclatant : la période clonique fut supprimée et, après quelques secondes d'inconscience, le patient revint à lui sans s'être, comme d'habitude, mutilé la langue.

Le surveillant me raconta encore que, passant porte de Hal, il avait vu un homme tomber dans la rue en proie à un accès d'épilepsie ; immédiatement, il le tourna sur le côté gauche et l'accès s'arrêta presque instantanément.

Moi-même, passant rue du Progrès, je vis un épileptique tomber sur le trottoir ; l'ayant tourné sur le côté gauche, je le vis revenir à lui très rapidement sans qu'il ait présenté ni clonisme, ni stertor.

J'ai encore eu l'occasion d'appliquer la méthode dans cinq cas d'épilepsie grave ; le résultat fut toujours aussi éclatant que surprenant. L'entourage de ces malades ayant soin de recourir à ce procédé chaque fois qu'une crise se déclare, en est arrivé à supprimer complètement les accès complets et même, dans quatre de ces cas, à diminuer leur nombre.

Mon assistant, M. le Dr Marlow, a bien voulu me remettre la relation suivante :

François V..., 19 ans, ouvrier tapissier.

Père et mère bien portants. Une sœur et un frère idem.

Grand'mère maternelle : attaques d'épilepsie (?) à la suite de la ménopause (?).

Grand-père et grand'mère paternels morts de cause inconnue.

Première consultation fin avril.

Facies déprimé : deux ou trois grandes attaques par semaine.

Vertige épileptique fréquent.

Convulsions dans le bas-âge. Première attaque à l'âge de 6 ans.

Bromures à hautes doses.

Suppression des chlorures.

Le sujet se plaint d'un écoulement de sérosités nauséabondes par les narines. Polypes et queues de cornet dans chaque narine. Enlèvement des polypes et résection des cornets.

Les crises ne se sont reproduites que deux fois en quinze jours. Leur durée et leur violence semblent légèrement amoindries. Elles reparaissent bientôt, malgré le bromure et la suppression des chlorures.

Statu quo pendant une période de trois semaines.

Le 18 juin, le malade a une crise dans mon cabinet de consultation. Je le mets immédiatement sur le côté gauche avant l'apparition de la période clonique. La crise cesse brusquement et le malade revient à lui après une période de coma de quelques secondes. Il ne se souvient de rien.

Une nouvelle attaque se reproduit, chez lui cette fois, le 24 juin. On le place sur le côté gauche : la crise cesse instantanément.

Crise nouvelle le 2 juillet dans son atelier où on néglige de le placer sur le côté gauche. L'attaque est de plus courte durée qu'antérieurement.

Le malade a eu une nouvelle attaque le 13 juillet. La sentant venir, il s'est placé directement sur le côté gauche, ce qui a eu comme effet l'avortement de cette atteinte. La suppression des chlorures, jugée intolérable par le malade, fut interrompue à partir de la mi-juin.

Continuation de la médication bromurée.

*Conclusion :* Les crises ont diminué sous le rapport de la fréquence et de l'intensité depuis le jour où le malade a été placé sur le côté gauche.

Dans un cas où la méthode a été appliquée irrégulièrement j'ai pu me convaincre, ainsi que M. Marlow le dit, que non seulement la fréquence des accès a diminué, mais encore que leur intensité s'est affaiblie. C'est du reste ce qui m'a été signalé aussi concernant le premier malade colloqué à l'Asile : les accès sont souvent si rapidement terminés spontanément qu'on n'a pas le temps de placer le malade sur le côté gauche.

Jusqu'à présent, je n'ai vu aucun accès résister à cette pratique pourvu qu'on l'applique au début de la période tonique. Je ne doute pas que des exceptions puissent contredire cette règle, mais je n'en suis pas moins persuadé que nous possédons, dans le décubitus latéral gauche, un moyen héroïque d'arrêter les accès d'épilepsie et peut-être aussi un procédé de nature à diminuer leur fréquence et leur intensité.

Dr Henry MEIGE, *de Paris*. — Toutes réserves faites sur la constance de l'efficacité du procédé signalé par M. Crocq, il est intéressant de rappeler à ce propos les différences signalées récemment par M. Pierre Sonnier (*Société de Neurologie*, 2 juin 1904) entre les phénomènes bulbaires suivant qu'ils sont localisés à droite ou à gauche. Il semble que les « bulbaires gauches » soient plus particulièrement exposés aux troubles angoissants, vaso-moteurs généraux et cérébraux, respiratoires, sécrétoires.

Dr FOVEAU de COURMELLES.

**Le radium en thérapeutique nerveuse.** — L'an dernier, au *Congrès des Aliénistes et Neurologistes des pays de langue française* à Bruxelles, dans ma communication sur la *Lumière en thérapeutique nerveuse*, d'ailleurs parue dans les *Archives de Thérapeutique* du 1er août 1903, je disais, après l'exposé des névralgies faciales guéries par les rayons ultra-violets de mon radiateur chimique (*Institut*, 24 décembre 1900, présentation de M. Lippmann), et les rayons X :

« Quant aux rayons X que nous avons montré puissamment anesthésiques, il n'y a donc rien d'étonnant qu'un agent anesthésique, hémostatique, transformateur des éléments vivants, pénétrant l'intimité des tissus, comme les rayons de Rœntgen agissent sur l'élément névralgique.... Le radium, métal rare et d'action non dosable donnera, quand son étude sera au point, des résultats probablement identiques. »

A la même époque, en une autre communication, au Congrès de l'Association Française pour l'avancement des sciences à Angers, paru dans la *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*, après avoir parlé des analogies entre le radium, les

rayons X et les ultra-violets : « Toutes les lumières sont analgésiques. »

Ces affirmations n'étaient nullement l'effet du hasard, car on les retrouve en mon enseignement à l'École Dentaire de Paris, 1902-1903. En septembre 1902, au *Congrès d'Électrologie et de Radiologie Médicales de Berne,* je montrai les analogies destructrices, chimiques et sédatives des rayons X, des rayons ultra-violets, du radium ; je rapprochai de mes expériences avec les rayons X sur 240 aveugles qui en avaient montré 9 percevant une sensation de lumière là où des normaux ne pouvaient rien percevoir (présentation de M. Marey, à l'Institut, 21 mars 1898), les perceptions lumineuses obtenues par le radium chez des aveugles par MM. Giesel, Javal.

Je ne rappellerai de ma communication de l'année dernière à ce Congrès que l'action analgésique de la lumière ultra-violette et des rayons X sur les névralgies faciales.

J'ajouterai que la suggestion ne pouvait être en cause, car la lumière bleue que je croyais anesthésique, qui l'est souvent même, et que j'avais appliquée à des malades, en leur vantant cette action calmante, n'avait fait qu'exacerber leur névralgie. Dans ces conditions, un changement d'agent physique ne pouvait que leur être suspect. Il est bon également de dire que la plupart des patients ont encore, le plus généralement, malgré les éloges de l'électricité souvent exagérés et intéressés publiés dans la grande presse, très peur de cet agent physique, ce qui me paraît peu propre à une suggestion favorable.

A ce Congrès des Aliénistes et Neurologistes, en 1895, j'ai montré l'action de l'électricité statique parfois franchement nocive et avec bonne suggestion cependant, ayant eu parfois de l'excitation et de la fatigue, au début, en des conditions où les patients connaissant l'opérateur et le traitement ne devaient trouver que du bien, recevoir une influence favorable. Ces effluves statiques sont, on le sait, de nature électrique et de nature lumineuse ultra-violette, surtout avec le peigne d'aluminium que j'emploie.

Si j'entre dans ces détails, c'est que la valeur bien connue de la suggestion peut rendre suspects les phénomènes de sédation de la douleur, quant à leur origine ou plutôt à leur cause ; simple action du moral sur le physique, mise en jeu des forces de

l'imagination du sujet prévenu, ou réelle influence thérapeutique. Pour les rayons X, il y a une certaine mise en scène, des appareils bruyants, et ainsi se pourrait expliquer quelque peu le mécanisme suggestif. Cependant, quand on agit dans des cas de cancers ou de névralgies faciales ayant résisté à tout, il y a des chances pour qu'autre chose que la suggestion agisse. Quant au radium, je l'ai utilisé avant que la grande presse n'en parle et n'influence le public, alors que de rares médecins, dont j'étais, l'essayaient silencieusement ; je pensai bien à l'action analgésique, témoin mes citations précédentes, mais je n'en parlai pas aux patients ; d'autre part, étant données les brûlures connues des rayons X et celles du radium obtenues sur des expérimentateurs (M. Becquerel) ou sur les malades, à l'hôpital Saint-Louis et que mes *Année Électrique* de 1900 et de 1902 mentionnent, je n'essayai que de faibles radio-activités et avec hésitation. Enfin, presque malgré moi, si j'ose m'exprimer ainsi, je n'osai ajouter la suggestion — de peur d'être démenti par les faits — à l'action thérapeutique. A cette époque, le radium, encore inconnu du public, je le répète, n'avait rien de sensationnel : cette poudre blanche, enfermée dans son tube de verre ou dans son étui métallique, n'avait réellement rien d'impressionnant. Je sais bien qu'en Octobre 1903 et en Février 1904, alors que le public commençait à connaître, puis connaissait très bien, trop bien même le radium, on a publié divers cas de névralgie faciale guéris par le radium, et qu'à ce sujet, l'Académie de Médecine consultée a répondu, par le rapporteur de sa Commission, M. le Professeur Raymond, le 21 juin, que la suggestion seule paraissait avoir agi. En effet, certaines de ces névralgies étaient récentes, avaient été incomplètement examinées et sans le contrôle des réactions électriques. Le 28 juin, j'ai envoyé moi-même une note sur différents cas que je crois avoir observés le mieux possible, cancers et névralgies, et qui ne me paraissent pas passibles des mêmes critiques.

Je serai moins affirmatif sur deux faits de douleurs en ceinture d'ataxie locomotrice disparus, chez un premier malade par des séances de rayons X, et chez un second par des applications de radium au siège maximum des douleurs. Je le serai d'autant moins que les patients m'ont dit avoir parfois de longues périodes de calme et qu'il peut y avoir eu, là, simple coïncidence ;

cependant j'ajouterai que, chez les deux malades, les crises étaient à leurs débuts et n'avaient nulle raison de s'arrêter. Tels quels, ces résultats m'apparaissent comme bons à signaler et encourageants comme recherches à poursuivre.

L'application du radium est très facile et nullement sensationnelle. On l'emploie à l'état de chlorure ou de bromure de radium à un nombre d'activités déterminées, comparées, d'ailleurs, à la puissance de l'uranium pris pour unité par rapport à la rapidité avec laquelle il décharge l'électroscope. Les sels de radium ont d'ailleurs des radiations complexes, dites $\alpha$, $\beta$, $\gamma$, *V*, les rapprochant à la fois des rayons cathodiques, des rayons X et des rayons lumineux, ainsi que je l'ai exposé cette année dans mon enseignement libre à l'École Pratique de la Faculté de Médecine de Paris en Avril et Mai derniers. Le radium attaquant le verre ordinaire est vendu dans des tubes en verre spécial et peut s'appliquer ainsi directement sur la peau. On peut encore mettre ce tube dans un autre métallique très mince et facile à aseptiser, pour le placer dans les cavités par exemple. On peut encore le mettre dans une sonde œsophagienne et l'introduire comme je l'ai fait, jusque dans l'estomac. On peut employer le thorium qui est radio-actif en pommades ou en lotions, faire des cataplasmes d'argiles radio-actives, des onguents au radium à faible puissance... Les moyens d'action sont déjà multiples. Et l'on peut, d'ores et déjà, ainsi que je l'ai exposé ailleurs (*Gazette des Eaux*, 14 et 21 juillet 1904), concevoir le rôle hydrologique et climatologique, sédatif et calmant, de certaines stations ou de certaines eaux radio-actives (Néris, Plombières) ; c'est aussi l'avis du Professeur F. Garrigou, de Toulouse.

Ces puissances se mesurent électriquement, photographiquement ou optiquement. L'électroscope à feuilles d'or se décharge plus ou moins vite, la plaque sensible se voile plus ou moins rapidement, les tubes d'Holtzknecht se colorent diversement. Aussi peut-on manier scientifiquement les sels de radium. J'ai employé des pommades à activités faibles, des tubes radio-actifs à 240 et à 10.000. L'action a toujours été sédative, mais plus ou moins lente à se produire. La durée des applications a varié de la continuité (plusieurs jours à 240), à la courte séance d'un quart d'heure à 10.000. Il y a, en ce moment, un courant d'opinion vers les fortes radio-activités 100.000, 500.000, et même

1.800.000, ce qu'on appelle alors le bromure de radium pur. Vu le prix de ce dernier (400.000 fr. le gramme), on opère avec un ou plusieurs milligrammes seulement. Il s'agit surtout dans ces applications de cancers évoluant rapidement, et l'action destructrice du radium domine.

Pour son action analgésique, 10.000 est une bonne puissance.

La névralgie faciale m'a fourni des cas se comportant vis-à-vis des sels de radium comme vis-à-vis des rayons X, et cédant, après avoir résisté à l'élongation et même à la section du nerf. J'en ai eu notamment deux cas, calqués, pour ainsi dire, sur l'observation que je publiai ici l'an dernier. Chaque opération avait donné quelque mois de répit, et les souffrances reparaissaient ensuite. Le premier cas a cédé à une application continue de 4 jours, d'un gramme de chlorure de radium à l'activité, 240 (fin septembre 1903), et la guérison s'est maintenue depuis cette époque. Aucune suggestion n'a été donnée. L'examen électrique a révélé la dégénérescence musculaire et l'absence de réaction, bien que tout contact fut très douloureux. Récemment, un cas analogue a cédé à six applications par jour, d'un quart d'heure chaque fois, et répété pendant quatre jours. J'ai encore une dizaine de cas récents sans lésions, et un cas de névralgie sciatique datant de six mois, et qui ont cédé de même.

Je mentionnerai pour mémoire de nombreux cas de cancer, une dizaine, dont le symptôme douleur céda de suite ; un autre s'est cependant montré réfractaire à plusieurs séances, si même il n'y a pas eu exacerbation ? Un cas de fluxion dentaire a vu sa douleur diminuer et son évolution très amoindrie dans sa durée.

Quel est le mécanisme d'action ? M. Danysz, de l'Institut Pasteur, a montré selon la durée d'exposition des animaux, à l'action du radium, qu'il y avait, ou simplement paralysie, ou destruction de la fibre nerveuse. Une sorte de pouvoir sélectif sur l'élément nerveux paraît spéciale au radium. L'action analgésique serait donc due vraisemblablement à une modification de la fibre nerveuse paralysante, voire même destructrice dans le cas d'applications longues ou répétées : ce qui équivaudrait dès lors à la section du nerf. Des biopsies sur les animaux pourraient élucider la justesse ou la nullité des hypothèses. Quoiqu'il en soit, l'action analgésique — et au point de vue thérapeutique, c'est le plus important — est indéniable.

D'autre part, les mêmes expériences de M. Danysz plaçant à distance de la colonne vertébrale de souris et momentanémen du radium pur et constatant ensuite, 15 ou 20 jours après la mort celles de M. Georges Bohn sur les œufs et les embryons d divers batraciens qui se trouvaient modifiés tératologiquemen à leur naissance ; ces faits, disons-nous, qui s'enregistrent san traces apparentes dans l'être vivant, démontrent sans contest que celui-ci est un excellent appareil enregistreur supérieur au appareils de construction humaine. Son système nerveux perçoi et accumule des impressions, des sensations, des transforma tions que rien ne décèle extérieurement à l'heure présente même à nos puissants moyens d'investigation. N'en est-il pas d même pour les rayons N dont mon livre l'*Hypnotisme,* p. 50 annonçait ainsi en 1890 l'existence et qui ne se perçoivent encor que pour des yeux exercés :

« Dans la nature, nous sommes enveloppés d'un fluide subtil que les savants ont appelé éther et que l'on suppose impondé rable : ne pourrait-il se faire que ce milieu ambiant — de natur inconnue dans son essence — puisse transmettre les ébranle ments de la force nerveuse? Les cellules nerveuses du cervea vibrent sous l'influence de causes diverses ; pourquoi suppose arrêté leur mouvement à la boite crânienne ? Que celle-ci l diminue, de par sa résistance, soit ; mais qu'elle l'arrête complè tement, sans l'emmagasiner ou le transformer, c'est ce que l'o ne peut admettre. Une force ne se détruit pas, le mouvemen subsiste ou se modifie. » MM. Blondot et Charpentier ont démon tré que nos centres nerveux émettent des rayons N...

Je conclurai donc que c'est cette faculté d'emmagasinement de perception et de rendement du système nerveux qui le ren apte à toutes les impressions thérapeutiques, même très faibles que cela explique et corrobore les phénomènes d'analgésie pa le radium, sans préjudice, sans doute, d'autres faits du mêm ordre à découvrir.

MM. OBERTHUR, *Directeur de l'Établissement hydrothéra pique d'Auteuil,* ET CHENAIS, *de Paris.*

**Psychasténie et Diabète.** — Comme contribution à l'étud des rapports du diabète avec les troubles mentaux, les auteur insistent sur l'importance de la recherche des signes du diabèt

chez toutes les névroses ou les psychonévroses, surtout lorsqu'il s'agit de malades de souche arthritique. Chez un assez grand nombre de malades atteints de psychoses dépressives ou d'états délirants ou confus, ils ont constaté la présence de sucre en quantité notable. Dans presque tous les cas un régime alimentaire sévère joint à la médication appropriée a amené très rapidement la sédation et la disparition des troubles psychiques.

MM. OBERTHUR ET BOUSQUET, *de Paris.*

**Contribution à la thérapeutique du Tabès. — Le nitrite de soude.** — Le nitrite de soude qui a été employé en Italie par Pétrone, en Autriche par Winternitz et Pal, lesquels ont donné l'an dernier une brillante statistique, vient d'être essayé par les auteurs d'une manière systématique et continue. Il semble vraiment qu'il s'agisse là d'un médicament de choix, agissant sur les phénomènes douloureux d'une manière très efficace ; il a été le seul qui puisse arriver à calmer les cas dans lesquels les douleurs sont particulièrement continues et rebelles et où toutes les autres thérapeutiques échouent.

De plus le nitrite semble combattre très heureusement les phénomènes d'incoordination ; les cas soumis au traitement par le nitrite de soude qui ont été rééduqués ont tous fait des progrès beaucoup plus rapides que les malades non soumis à cette médication. — Le traitement par les piqûres semble supérieur à celui par ingestion.

Dr HENRY LAMY, *Médecin des Hôpitaux de Paris.*

**Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme.** — Les muscles spinaux participent à la marche d'une façon très active. Le fait est signalé par quelques auteurs (Gerdy, P. Richer) d'une façon sommaire.

Je me suis efforcé de déterminer : 1° A quel moment précis les spinaux entrent en contraction dans le pas ; 2° quel rôle ils sont appelés à remplir dans la marche ; 3° quel changement d'aspect dans les reliefs de la musculature du dos correspondent à leur contraction.

1° Au moment précis où le talon touche le sol, les spinaux du côté opposé se contractent d'une façon soudaine et énergique.

Cette contraction se maintient du côté oscillant tout le temps d l'oscillation du membre. Elle cesse au moment où celui-ci tou chant le sol par son talon devient portant à son tour, pour passe du côté opposé, et ainsi de suite ;

2° Leur rôle est d'assurer l'équilibration latérale du tronc, d s'opposer à l'inflexion latérale du rachis vers le côté portant, de maintenir la verticale passant par le centre de gravité d corps en dedans du pied de ce côté ;

3° La contraction mi-latérale des spinaux s'accuse par u changement d'aspect dans les reliefs musculaires du dos, ass caractéristique pour qu'à la simple inspection de cette régio ainsi que le montrent les photographies que je vous présent on puisse reconnaître quel est le côté portant, quel est le cô oscillant, à condition qu'on ait affaire à un sujet maigre musclé.

Dr Maurice FAURE, *ancien Interne des Hôpitaux de Par Médecin à La Malou (Hérault).*

**Les formes fébriles du Tabes.** — Il y a des accider fébriles au cours du tabes, et des formes fébriles du tabes.

I. — Les accidents fébriles du tabes sont en relations av l'infection des cavités, principalement de la vessie, quelquef aussi de l'intestin ou de l'arbre broncho-pulmonaire. Ces ac dents, assez fréquents, le sont surtout dans les cas de tab avancé, chez les malades dont les parois abdominales et thora ques, dont les tuniques musculaires, vésicales, intestinal bronchiques, ont perdu leur tonicité et leur coordination. cause de l'infection est la stase qui résulte de cette ato musculaire.

Ces accidents ne sont pas toujours localisés aux périoc avancées du tabes, ils accompagnent quelquefois les déb mêmes de la maladie, si le sujet est précocement atteint da les régions sus-indiquées. En ce cas, les causes de la fiè passent généralement inaperçues.

L'accident fébrile est fortuit, sans cause apparente ; quelq fois accompagné de hautes températures (40-41°) ; plus s vent, il reste à des températures moins élevées (39°). Il peut è très court (quelques heures) ; il peut aussi affecter une all

fébrile sub-continue, durant plusieurs jours. Les soins, généralement longs et minutieux de la région atonique et infectée font disparaître la température. Ces soins sont de deux ordres : 1° désinfection de la cavité ; 2° rétablissement de la tonicité des parois par des exercices *ad hoc*.

II. — *Formes fébriles proprement dites.* — Il existe des formes fébriles du tabes, rares et d'allures variées, mais qu'on peut ramener à deux types schématiques :

1° Dans le premier type, les poussées d'accidents tabétiques sont nettement accompagnées de fièvre, et, dans l'intervalle de ces poussées, la température tend à se rapprocher de la normale. Les ascensions thermiques sont de 38 à 39°, souvent journalières ou à peu près. L'allure générale de la maladie est alors celle d'une maladie infectieuse sub-aiguë ou chronique. La courbe thermique est irrégulière, interminable pour ainsi dire, et à courtes oscillations. L'évolution est souvent grave. Le malade peut mourir en deux années environ, d'une sorte de tabes aigu ; mais parfois aussi, après quelque mois, les accidents s'atténuent, la fièvre disparaît et le malade devient en tous points semblable à un tabétique ordinaire. Et il n'est pas excessivement rare de rencontrer des tabétiques dans un état stationnaire et apyrétique, qui ont eu, au début de leur tabes, cette période aiguë et fébrile ;

2° La seconde forme fébrile du tabes est plus difficile à déceler. Il n'y a plus d'accès fébrile véritable, mais la température du malade est toujours de quelques dixièmes de degré (37 à 38°) au-dessus de la normale. Au moindre effort, cette température s'élève de quelques dixièmes encore, de sorte que le sujet est incapable du plus petit travail, et présente un état d'asthénie physique et morale, lié précisément à la fièvre, et qui le fait souvent qualifier de neurasthénique. L'évolution du tabes est ici encore nettement liée à l'évolution fébrile, c'est-à-dire que l'état général et les accidents tabétiques du malade s'améliorent lorsque la température descend.

Alors que les tabétiques ordinaires se trouvent bien de l'exercice et du travail modérés, demandent à continuer une vie se rapprochant de la normale et peuvent le faire, les tabétiques fébriles doivent être soumis, provisoirement, au repos absolu,

loin de leurs affaires et loin des villes, à l'aération continue, une alimentation spéciale, à l'hydrothérapie tempérée, comm d'ailleurs la plupart des infectés chroniques.

Nous ne savons point actuellement à quoi sont dues ce formes fébriles du tabes, très distinctes, comme on le voit, de infections secondaires compliquant l'évolution d'un tabes ord naire. Nous ne savons s'il s'agit de l'évolution fébrile de l lésion tabétique elle-même, ou bien si, plus probablement, l lésion tabétique et les accidents qu'elle entraîne sont, comme l fièvre elle-même, des conséquences parallèles d'un état génér infectieux.

Dr André LÉRI, *ancien Interne des Hôpitaux de Pari* (Travail du service du Dr Pierre Marie.)

**Relations cliniques de la Cécité avec la Paralys générale et le Tabes.** — Les auteurs admettent général ment que *la cécité est très fréquente dans le tabes, qu'elle e très rare dans la paralysie générale.* Nous nous somm demandé quel cas il convient de faire de cette double propo tion et s'il existe véritablement entre deux affections qui pr sentent tant de points de contact et qui sont si fréquemme associées une différence clinique aussi tranchée.

La cécité est rare dans la paralysie générale *confirmée,* te qu'on l'observe d'ordinaire dans les Asiles ; sur ce point l auteurs sont à peu près d'accord. L'amaurose vraie, complè n'a été constatée par Billot (1875) que trois fois sur 400 suje par Galezowsky (1866) que une fois sur 40, par Klein (18 deux fois sur 42, par Dawson et Rambaud trois fois sur 30, e Une recherche que nous avons faite nous a donné des résult analogues, et sur 60 paralytiques environ que nous avons e minés dans les Asiles, nous n'avons rencontré que 3 aveugl soit 5 °/₀ des cas.

Si dans la paralysie générale confirmée la cécité survi rarement, elle paraît en revanche s'être assez fréquemment p sentée à l'état isolé chez des sujets qui ont *ultérieureme* parfois de longues années après, présenté les troubles menta paralytiques les plus nets. Nous avons été frappé par bon no bre d'observations de ce genre que nous avons rencontr

dans nos recherches bibliographiques : nous citerons seulement celles de Magnan[1], Nettleship[2], Foville, Hirschberg[3], Wiglesworth et Bickeston[4], Neil Jameson[5], etc. Dans nombre d'autres cas, la cécité, sans avoir été tout à fait initiale, s'est montrée comme symptôme précoce au cours d'une paralysie générale.

Mais, même dans la paralysie arrivée à un stade évolutif des plus nets, voir des plus avancés, si l'on rencontre rarement la cécité, on rencontre *fréquemment des lésions rétiniennes*. Sur ce fait encore les auteurs sont pour la plupart d'accord : Tebaldi (1870), Noyès (1872) ont trouvé le fond de l'œil des paralytiques presque toujours altéré, Uthoff (1883) y a constaté des lésions dans 50 °/₀ des cas, Schmidt-Rimpler (1898) y a trouvé des altérations « plus que dans toute autre maladie », enfin Kéraval et Raviart en 1903 dans 82, 35 °/₀, et Briche, Raviart et Caudron en 1904 dans 78 °/₀ des cas.

Nous avons nous-même dans bien des cas trouvé les bords de la papille plus ou moins flous, les vaisseaux plus ou moins dilatés, dénotant parfois par une anse légère sur le rebord de la papille soit l'épaississement de ce rebord soit la dépression du centre. Les altérations rétiniennes légères ne nous ont pas paru exceptionnelles, tant s'en faut, mais sur l'aspect objectif du fond de l'œil nous n'avons pas voulu établir une statistique, car l'aspect normal est trop variable et il est trop difficile de délimiter l'état physiologique de l'état pathologique pour que nous n'ayons pas craint d'être trop facilement induit en erreur grossière. Nous avons tenté de rechercher l'état fonctionnel de la vision chez un certain nombre de paralytiques, mais nous avons été rebuté, après un nombre d'examens trop restreint pour établir une statistique valable, par les difficultés que nous a présentées cette recherche chez des sujets aussi peu maniables.

En somme c'est seulement, croyons-nous, pour ne s'être souvent pas entendus sur *l'importance* relative des lésions oculaires constatées que les auteurs ont été divisés sur leur *fréquence* relative. Les uns ont noté des altérations oculaires alors

1. — Magnan : *Gaz. méd.*, 1868.
2. — Nettleship : *Ophtalmol. Hosp. Rep.*, t. IX, p. 178.
3. — Hirschberg : *Neurol. Centrabl.*, 1883.
4. — Wiglesworth : *Journ. of Mental Sc.*, 1889.
5. — Neil Jameson : *New-York american Journ. of Insane*, 1895.

seulement que la cécité était complète ou presque complète, ou alors tout au moins que les troubles de la vision étaient très manifestes, même chez des paralytiques peu enclins à rendre un compte exact de leurs troubles fonctionnels; les autres, au contraire, ont compté comme altérations les moindres changements de teinte de la rétine ou de sa papille, les moindres déviations ou modifications de volume de ses vaisseaux que chez un sujet non paralytique on aurait hésité à qualifier de pathologiques.

Chez les paralytiques donc, ces trois faits nous semblent établis, tant par les recherches des auteurs que par les nôtres propres :

*1° La cécité est rare dans la paralysie générale confirmée ;*

*2° Les altérations légères de l'appareil visuel n'y sont pas rares ;*

*3° La cécité est assez souvent un phénomène prémonitoire, initial ou précoce.*

En est-il autrement dans le tabes? Nous ne le croyons pas. La cécité est rare dans le tabes *confirmé,* et beaucoup d'auteurs ont noté, depuis que la remarque en a été faite par Gowers (1883)[1], que lorsque des troubles de la vision surviennent chez des tabétiques avancés, incoordonnés, ces troubles restent généralement très modérés et n'ont guère de tendance à progresser.

Si la cécité survient rarement dans le tabes confirmé, elle est en revanche des plus fréquentes comme symptôme *initial* du tabes, soit qu'elle précède de plus ou moins nombreuses années tous les autres symptômes, soit qu'elle s'accompagne de quelques symptômes minimes, incomplets ou isolés, de lésion des cordons postérieurs. Duchenne, Charcot, Gowers, Leyden, Robin avaient insisté soit sur le fréquent début du tabes par l'amaurose soit sur la longue évolution du tabes qui commence par ce symptôme, quand Benedikt (1883) appela l'attention sur la bénignité définitive, ensuite reconnue par nombre d'auteurs (Babinski, Gowers, Déjerine, J. Martin, P. Marie, Foerster, etc.), de la plupart des cas de tabes dont l'amaurose est un signe précoce ou précurseur.

Nous avons pu contrôler ces différentes remarques par des

1. — Gowers : *British ophtalmol. Soc.,* 1883, et Lançet, juin 1883.

recherches faites à Bicêtre, dans le service de notre maître M. Pierre Marie, sur 45 tabétiques aveugles. Nous avons constaté que la cécité survient relativement rarement quand le tabes est manifeste, particulièrement quand le malade a déjà des troubles de la coordination ; qu'en revanche elle est très fréquemment un symptôme des plus précoces, et souvent longtemps presque isolé, d'un tabes qui plus tard évoluera ou qui, le plus ordinairement, restera borné à un petit nombre de signes de lésion des cordons postérieurs. Nous avons constaté de plus, sans avoir tenté d'établir une statistique sur des éléments d'appréciation trop fragiles, que les lésions modérées du fond de l'œil et les troubles fonctionnels minimes de la vision ne sont pas rares à toutes les périodes de toutes les formes du tabes ; ces troubles, transitoires ou permanents, ont d'ailleurs été décrits par tous les auteurs qui se sont occupés de la symptomatologie du tabes.

Nous croyons donc pouvoir dire que, *pour le tabes comme pour la paralysie générale :*

*1° La cécité survient rarement lorsque la maladie est confirmée, arrivée à sa période d'état ;*

*2° Des troubles modérés divers de l'appareil visuel ne sont pas rares dans ces affections à toute période de leur évolution ;*

*3° L'amaurose survient fréquemment plus ou moins longtemps avant le développement des signes ordinaires de la maladie.*

Pourtant il semble indubitable, d'après les diverses statistiques, que la cécité précoce est plus fréquemment un signe de tabes que de paralysie générale. Or, ce sont précisément des cas de tabes avec cécité précoce que nous avons eu l'occasion d'étudier, et nous avons pu nous convaincre que, si cette cécité s'accompagne plus ou moins tardivement d'une série de petits ou grands signes de tabes, elle s'accompagne aussi dans un grand nombre de cas de *troubles mentaux,* plus ou moins atténués ou prononcés, ressemblant fort à ceux de la paralysie générale. Ces troubles mentaux vont depuis la simple excitation mentale avec le défaut de suite, de logique, de systématisation si typique dans les débuts de la paralysie générale, jusqu'au délire permanent avec hallucinations, surtout visuelles, à forme le plus souvent lypémaniaque, hypochondriaque et de persécution

(c'est peut-être à cause des douleurs d'une part, de la cécité d'autre part que le délire prend si fréquemment dans le tabes avec cécité ces formes « tristes »). Ces troubles mentaux, qui nous ont paru rappeler de plus ou moins loin ceux de la paralysie générale plus ou moins au début, nous ont semblé tout particulièrement fréquents dans le tabes avec cécité, de sorte que, à notre sens, on pourrait presque aussi bien qualifier ces cas « paralysie générale avec cécité » : c'est sans doute ce que l'on ferait si les petits signes mentaux de la paralysie générale au début avaient en nosologie la même importance que les petits signes physiques ou fonctionnels du tabes au début.

En résumé, nous croyons donc que la cécité affecte avec la paralysie générale les mêmes rapports qu'avec le tabes, qu'elle complique rarement la paralysie générale comme elle complique rarement le tabes, mais qu'elle précède assez souvent les symptômes ordinaires de l'une comme de l'autre affection, ou que, plus exactement, elle s'accompagne ordinairement de petits symptômes de l'une et de l'autre maladie, qui plus tard pourront l'une ou l'autre, ou toutes deux, se développer. D'ailleurs d'ordinaire ni l'une ni l'autre des deux affections ne se développent et, quand elles s'accentuent, elles le font avec une irrégularité et après un intervalle tels qu'il est véritablement impossible de mettre l'amaurose préalablement développée sous la dépendance de l'affection dont les principaux symptômes apparaissent plus tard.

En réalité l'amaurose dite « tabétique » évolue comme une *localisation spéciale,* au niveau des voies optiques, d'un processus dont, il semble, deux autres localisations, spinale pour le tabes, cérébro-corticale pour la paralysie générale, pourront ou non se développer plus tard.

Nous ajouterons que des examens histologiques, dont nous donnerons ailleurs la relation détaillée, nous ont paru montrer dans des nerfs optiques de paralytiques généraux aveugles les mêmes lésions que dans des nerfs de tabétiques aveugles : atrophie secondaire à des lésions de méningite et de névrite interstitielle à point de départ vasculaire (endo et péri-artérite et phlébite). Aussi pas plus anatomiquement que cliniquement ne nous a paru justifiée la théorie de la dualité d'origine de

la cécité « tabétique » et de la cécité « paralytique », quelles que soient d'ailleurs les relations entre elles des deux affections dont on a voulu rendre l'amaurose tributaire.

MM. OBERTHUR ET ROGER, *de Paris*.

**Un cas de Polynévrite éthylique ayant évolué sous la forme de Paralysie ascendante.** — Il s'agit d'une dame âgée de 36 ans, vivant dans un milieu d'alcooliques et de dypsomanes et ayant contracté la passion de l'alcool depuis l'âge de 13 ans. Peu de temps avant de s'aliter elle buvait tous les jours une bouteille entière de cognac, sans compter le reste. Elle entre en traitement pour des phénomènes d'amnésie et de confusion. On constate à ce moment qu'elle a peine à marcher, qu'elle steppe, son pouls est fréquent, ses réflexes abolis, la pression des masses musculaires n'était pas douloureuse. Le lendemain les membres inférieurs étaient totalement paralysés, les sphincters relâchés, le pouls très rapide. Très peu de temps après, anurie presque complète; la température s'élève, les membres supérieurs, le tronc se prennent à leur tour, et tellement complètement qu'aucun mouvement spontané n'est possible. La respiration est atteinte, les nerfs mixtes sont absolument paralysés alors que les autres nerfs bulbaires restent indemnes. Après des alternatives d'aggravation et d'espoir la malade succombe dans une syncope.

Il s'est agi là, bien qu'il n'y ait pas eu de contrôle anatomique, d'une polynévrite indiscutable à marche absolument ascendante extenso-progressive presque entièrement superposable aux cas princeps de Landry, de Leudet, de Labadie-Lagrave, etc.

Dr COULONJOU, *Médecin-adjoint à l'Asile des aliénés d'Alençon.*

**Un cas de maladie de Raynaud, suivi de mort, chez une jeune fille hystérique et tuberculeuse; examen anatomo-pathologique.** — *Observation :* Jeune fille de 17 ans, enfant assistée, conduite à l'Asile d'aliénés pour troubles mentaux, caractérisés par du mutisme, de la sitiophobie, des tendances à des actes nuisibles et impulsifs. A son entrée on constate une gangrène symétrique des orteils des deux pieds,

affectant seulement les phalangettes des trois derniers orteils ; les os sont dénudés et noirs, les tendons ramollis, les parties molles nécrosées. — En outre, signes de tuberculose pulmonaire à la 2e période. Maigreur extrême, sitiophobie, ptyalisme, abcès de diverses régions (aisselle, parotide). Thérapeutique reconstituante, gavages, lavements alimentaires. — Fièvre vespérale, traitée avec succès par des lavements de quinine. La parole revient, ainsi que l'appétit ; la gangrène des pieds s'arrête, les pieds bourgeonnent. Mais les abcès des régions ganglionnaires se multiplient, et la malade meurt de cachexie septicémique.

*Autopsie :* Tuberculose pulmonaire (cavernules des sommets). Rien d'apparent ailleurs.

*Anatomie pathologique :* Examen d'un fragment de sciatique et de poplité externe, et de deux artères (fémorale et tibiale postérieure). Résultat négatif.

*Réflexions :* Hystérie (troubles trophiques) ou tuberculose (intoxication des centres trophiques par les produits microbiens).

Dr BRICHE, *Médecin-adjoint de l'Asile des aliénées de Saint-Venant (Pas-de-Calais),* et MM. RAVIART ET CAUDRON.

**Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale. (Résultat de l'examen des paralytiques générales de l'Asile de St-Venant.)** — Sur les 900 malades femmes de l'Asile des aliénées de St-Venant on comptait, au 1er juillet 1904, 23 paralytiques générales.

L'examen du fond de l'œil de ces malades a donné les résultats suivants : chez 18 d'entre elles des lésions ont été constatées, à savoir :

1° L'état flou de la papille, 3 fois ;

2° La papille décolorée blanchâtre, 11 fois ;

3° Les papilles blanches à contours plus ou moins nets, 2 fois ;

4° L'atrophie blanche, 2 fois.

Dans la plupart des cas, les deux yeux n'étaient pas également atteints : une fois l'un était normal, l'autre présentait déjà de la blancheur de la papille.

Dans les autres cas, il n'existait qu'une faible différence entre le degré des lésions.

C'est chez les malades arrivées à la période la plus avancée

de la paralysie générale que les lésions les plus graves ont été constatées.

Les malades présentant de l'atrophie blanche étaient alitées et gâteuses.

Celles dont les papilles étaient blanches avaient atteint la troisième période de la maladie.

Parmi les onze malades dont les papilles étaient blanchâtres, nous en comptons deux à la seconde période seulement, les neuf autres étant à une période plus avancée.

Quant aux trois autres dont les papilles étaient floues, deux étaient à la seconde et une à la troisième période.

Enfin, dans cinq cas, le fond d'œil était normal. L'une des malades présentait une paralysie générale à évolution lente. Une autre était en rémission et les trois autres arrivées à la dernière période.

Nous n'avons malheureusement de renseignements étiologiques que dans sept cas parmi lesquels quatre fois l'alcoolisme est en cause et trois fois la syphilis ; cette dernière est notée chez une malade atteinte d'atrophie papillaire et chez deux autres présentant seulement de la décoloration des papilles ; chez les alcooliques deux fois le fond de l'œil a été trouvé normal ; une fois la papille était floue ; une fois, elle était blanche.

Ainsi donc nous avons trouvé dix-huit fois des lésions du fond de l'œil sur 23 malades femmes ce qui fait une proportion de 78 °/₀, proportion qui est sensiblement la même que celle trouvée chez les hommes.

Ce pourcentage considérable s'explique par ce fait que presque toutes nos malades sont arrivées à un stade déjà avancé de leur affection, aussi ne peut-il être opposé à d'autres chiffres exprimant le résultat de l'examen du fond de l'œil des paralytiques généraux à la première période. Il signifie seulement, constatation que nous avons déjà faite dans des publications antérieures, que les lésions ophtalmoscopiques sont très fréquentes dans la paralysie générale aux dernières périodes, car nous savons, en effet, en nous rapportant aux statistiques de M. le Professeur Joffroy, que ces lésions sont beaucoup plus rares à la période de début.

La séance est levée à 5 heures.

# SÉANCE DU MATIN

(5 AOUT — 9 HEURES)

**Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.**

---

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

---

M. le PRÉSIDENT donne la parole à M. le Dr Kéraval pour la présentation de son rapport sur les aliénés criminels.

## DES MESURES A PRENDRE A L'ÉGARD DES ALIÉNÉS CRIMINELS

---

M. le Dr KÉRAVAL, *Médecin en chef des Asiles de la Seine*, résume son rapport en ces termes :

MESSIEURS,

Vous m'avez chargé de mettre au point la question des **Aliénés criminels** et de vous fournir les éléments propres à la solutionner.

Tel est le but de ce rapport que vous avez dû recevoir à temps. Je me bornerai donc à le résumer.

Il se compose de deux parties :

La PREMIÈRE PARTIE est consacrée à l'analyse des documents que j'ai pu me procurer dans le laps de temps dont j'avais à disposer.

J'en ai tiré l'évolution des idées et des efforts faits en France ou à l'Étranger, pour trouver une solution équitable, humanitaire, conforme aux besoins de chaque pays.

Je citerai plus particulièrement les noms et travaux de : Aubanel, Georget, Brierre de Boismont, Wood, Hood, Bucknill.

La Société Médicopsychologique en 1868-1869 avec les personnalités de Falret, Brierre, Aug. Voisin, Morel, Belloc, Billod, Dagonet ; en 1878, avec Billod, Legrand du Saulle, Lunier ; enfin de 1881-1882, avec Motet, Christian, Delasiauve, Dagron, Lunier, Foville, Falret, Collineau.

Je citerai le rapport de M. le substitut Proust, en 1880 ; — la communication de Marandon de Montyel en 1891 ; — le rapport Coutagne en 1892 ; — la thèse d'Allaman en 1891 ; — les rapports P. Garnier de 1892 et 1896 ; — la note de M. Monod en 1895 et le rapport de Taty en 1899 ; — le travail magistral de Gilbert Ballet en 1895 ; — le rapport Ch. Constant et la discussion de la Société générale des prisons de 1897 avec l'intervention de MM. Motet, Dubief, Garnier, Colin, Charpentier.

Je citerai encore le mémoire Ramadier et Fenayrou ; — le rapport de M. A. Regnard en 1901 ; le 5e Congrès d'Anthropologie criminelle d'Amsterdam de la même année ; — les thèses d'Alombert-Coget en 1902, et de Maurice Olivier, celle-ci inspirée par Doutrebente en 1903.

Je citerai enfin les études du Conseil Général de la Seine, soucieux de perfectionner constamment l'Assistance des aliénés, dans l'imposant rapport de Sérieux en 1903 ; — ainsi que l'article de Ch. Vallon, dans le traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet en 1903.

---

La Seconde Partie est intitulée **Problèmes à résoudre.**

Tout ce que nous avons lu sur ce qu'on peut appeler la malignité des aliénés, quelle qu'en soit la catégorie mentale ou juridique, envisage simultanément trois groupes de sujets :

1° Les aliénés criminels proprement dits ;

2° Les criminels aliénés ;

3° Les aliénés qui, dans les Asiles, compromettent la sécurité des autres malades.

Pour ces trois groupes de sujets on propose des mesures d'ordre exceptionnel, soit judiciaires soit médico-administratives.

## *A)* ALIÉNÉS CRIMINELS PROPREMENT DITS

Les personnes aliénées au moment où elles ont commis un acte punissable par la législation criminelle sont désignées sous le nom d'aliénés criminels. Expression impropre puisqu'il y avait démence au temps de l'action. On a fini par englober sous ce vocable les aliénés délinquants quelconques auxquels on a voulu appliquer aussi des mesures exceptionnelles.

Pourquoi ces mesures exceptionnelles ?

Parce que, comme dit Vallon, quoi que prononce le juge d'Instruction et la Chambre des mises en accusation sur l'état d'aliénation mentale de l'inculpé (ordonnance, arrêt de non lieu), *à fortiori* s'il s'agit d'un acquittement du tribunal *correctionnel* ou de la Cour d'assises « l'aliéné qui a causé un préjudice à la société ne saurait être interné *de plano* dans un établissement d'aliénés. Aucune juridiction n'a le pouvoir d'effectuer cet internement.

» L'autorité judiciaire doit se borner à mettre la personne renvoyée ou relaxée pour cause de démence à la disposition de l'autorité administrative qui seule a qualité pour le placement d'office dans un Asile d'aliénés ».

L'autorité administrative fait donc de cet aliéné ce qu'elle veut ; elle le prend, le conserve ou le renvoie suivant ses impressions personnelles. Le sujet, s'il sort, peut récidiver au point de vue du crime ou délit déjà commis.

Ainsi pense M. Vallon traduisant une opinion déjà ancienne.

On demanderait donc, et il semble y avoir unanimité sur ce point, l'application des articles du projet Dubief en sa section III, dont je cite le texte :

« Tout inculpé objet de non lieu comme irresponsable, — tout » prévenu poursuivi *correctionnellement*, mais acquitté par suite » de son état mental comme irresponsable, — tout accusé devant » le Conseil de guerre acquitté pour le même motif, — tout » accusé devant la Cour d'assises acquitté par le Jury dans les » mêmes conditions, seront envoyés devant le Tribunal en » Chambre du Conseil, qui, le procureur de la République » entendu, ordonnera son internement *si son état est de nature* » *à compromettre la sûreté, la décence et la tranquillité publi-* » *ques, sa propre sécurité, sa guérison.* »

D'après l'article 41 du même projet, les aliénés criminels ne pourraient sortir que si le médecin traitant les déclarait *guéris non suspects de rechute* de nature à compromettre la sécurité la décence, la tranquillité publiques ou leur propre sécurité Leur demande et leur déclaration doivent être déférées de droi au Tribunal statuant en Chambre du Conseil.

Aux termes de l'article 42, si le Tribunal n'accorde pas l sortie, il doit remettre le réquérant à un an au maximum.

Et encore leur sortie n'est-elle que conditionnelle, révo cable ; elle *implique des mesures de surveillance à régler pa la Chambre du Conseil ;* à la moindre difficulté, la *réintégratio judiciaire* est possible.

En tout ce mécanisme l'opinion des médecins est obligatoire

Messieurs, je ne puis insister sur les divers procédés de pro cédures ou d'expertises proposés.

Tout le monde m'ayant paru adopter ces dispositions judi ciaires, et la *sélection médicale* devant jouer le principal rôle e cette affaire, j'ai cru devoir m'incliner.

Mais on ne se contente pas des dispositions judiciaires d cette sorte.

On veut faire pour les aliénés criminels et délictueux de *Asiles spéciaux de sûreté d'État,* parce que ce sont des être nocifs et susceptibles de récidives soit après sortie soit aprè évasion.

Seulement la charge est lourde.

Et M. l'Inspecteur général Regnard se voit sur les bra 2.400 aliénés, ce qui obligerait à créer cinq asiles de 500 malade Il modifie en conséquence ses décisions primitives et s'en tie à la création de trois asiles de 500 malades. Il suffirait, dit-i d'y diriger des aliénés coupables de meurtres, incendies, atte tats aux mœurs, violences, ou les criminels devenus aliénés e cours de peine.

Ainsi se fait jour l'idée de la *sélection* (Dubief, Garnier, Ma gnan, G. Ballet, Vallon). Qu'on relise à cet égard les pages 9 et 94 de notre rapport.

En fait nous admettons qu'il y a des aliénés criminels dange reux, mais en petit nombre suivant les régions et les Asiles, d'accord en cela avec un certain nombre de nos collègues e fonctions (enquête spéciale), après avoir pris l'avis du directe

médical actuel de Gaillon le Dr Raoul Leroy, nous proposons d'installer provisoirement, sous le couvert de la loi de 1838, à titre d'expérience, l'établissement de Gaillon à cet effet.

N'a-t-on pas fait ainsi sans autre forme de procès l'expérience de la colonisation familiale ; il a suffi de l'autorisation de M. le Ministre de l'Intérieur ?

Mais nous craignons les Asiles régionaux dits des aliénés criminels, séparant les malades de leur famille, et capables de créer des établissements de douleur et d'incurabilité, pour nous servir des paroles de M. Marandon de Montyel.

### *B)* CRIMINELS ALIÉNÉS

Y en a-t-il ?

Il ne paraît pas impossible qu'un criminel ou un délinquant qui a commis crime ou délit en état de parfaite santé mentale puisse devenir aliéné.

Mais Pactet, Colin, P. Garnier, H. Monod et Taty ont démontré que 35 à 40 % des condamnés devenus aliénés dans les établissements pénitentiaires sont des aliénés criminels. Ce sont des *aliénés méconnus et condamnés.*

Les autres sont des criminels aliénés et ils sont particulièrement dangereux soit à raison de leur constitution mentale et physique. (H. Colin, Vigouroux et Colin, P. Nœcke), soit à raison de leur séjour prolongé dans les prisons. Voyez aussi le rapport de M. Raoul Leroy.

Il y a en réalité deux choses à faire :

1° Procéder à l'examen mental des prévenus, par la réforme de l'instruction et de l'expertise (Cruppi, Dubief) et traiter les aliénés criminels comme il a été dit ;

2° Les criminels aliénés restants sont alors des condamnés qui appartiennent à l'autorité judiciaire conformément aux articles 36 et 40 du projet Dubief.

Lisez à cet égard les pages 80 et 99 de notre rapport.

### *C)* ALIÉNÉS DANGEREUX, VICIEUX, DÉPRAVÉS DIFFICILES

Il s'agit des instinctifs *amoraux,* malfaisants, vicieux, alcooliques, qui perturbateurs, voisins du criminel-né par leur violence

et leur brutalité, comploteurs, fauteurs de désordres, sont dan gereux pour les Asiles communs.

C'est eux qu'on prétend particulièrement diriger sur l'Asile d sûreté, après la *sélection*. C'est à leur préjudice qu'on a détourn son attention de l'aliéné criminel (Gilbert Ballet.)

On pense qu'il importe de les signaler à la justice, celle-c devant les envoyer à l'Asile des aliénés criminels ou de sûreté

A côté de cela certains esprits s'occupent dès maintenant d dissocier ce groupe des aliénés et d'en traiter une catégorie dit des *vicieux* à part dans l'Asile des aliénés ou près de l'Asile de Aliénés. C'est ce que M. H. Colin va faire dans le département d la Seine près l'Asile de Villejuif. C'est parfait.

Mais nous sommes opposé à l'intervention de la magistratur pour ceux de ces aliénés qui, n'ayant pas encore commis d'act repréhensible au dehors, sont dangereux, agressifs à l'intérieu

Quant à les envoyer à l'Asile de sûreté parce que dangereu comme le désirent Dubief, Regnard, Legrain, P. Sérieux, Cl Vallon, nous croyons qu'il convient de se ressaisir un peu.

Il serait plus convenable, à notre avis, d'abord de fragment ce 3e groupe, ainsi que va commencer à le faire H. Colin ; puis se garder de cette élimination de quiconque a des instincts pe vers ou autres.

Il serait plus judicieux d'améliorer ceux de nos établissemen trop à l'étroit, encombrés, mal distribués dans lesquels la répa tition, l'individualisation thérapeutique des malades est imposs ble. Dans ces établissements, les malades ordinaires sont mal l'aise, ils sont surexcités par le mode d'internement qu'on le fait subir, par l'encombrement. *A fortiori* les amoraux.

Quand on aura procédé à des réformes on sera au pis all bien venu à essayer de Gaillon sous le couvert de la loi de 18 dans les mêmes limites que celles que nous avons admises po les aliénés criminels.

---

Messieurs, j'appelle votre attention sur les documents compl mentaires qui sont relatifs à l'état actuel de Gaillon et à l'enquê que j'ai faite dans les Asiles français ; pages 107-125 de mo rapport.

Ces documents paraissent montrer qu'on possède en l'établi sement de Gaillon un local ou l'on pourrait expérimenter, ava

de prendre une résolution ferme, la nature des aliénés dangereux quelconques qui se trouvent dans nos Asiles, et se faire ainsi une juste idée de l'opportunité ou non des Asiles spéciaux seuls ou annexés aux hôpitaux d'aliénés ordinaires, soit pour les trois groupes précédents (aliénés criminels, criminels aliénés, aliénés dangereux, vicieux, dépravés, difficiles), soit pour chacun de ces groupes.

Notez que, d'après les travaux des auteurs, il est arrivé pour les aliénés dangereux, difficiles, vicieux, dépravés, ce qui s'est passé dans les aliénés criminels. A l'origine, il fallait débarrasser les Asiles des êtres malfaisants qui les encombraient. Aujourd'hui le même Asile a été désigné pour recevoir toutes les espèces nuisibles, mais après examen détaillé et motivé de chaque individualité.

Seulement jusqu'ici l'Asile n'existait qu'à une perspective très éloignée. Aujourd'hui on peut espérer étudier par la pratique certains des désidérata énoncés.

---

Messieurs, j'eusse voulu dans mon rapport vous présenter une description du mécanisme du crime chez l'individu sain d'esprit et chez l'aliéné. J'aurais été très heureux notamment de vous préciser les signes permettant de déterminer le caractère nuisible de tout individu. Les travaux sur ce point sont nombreux mais à mon avis ils ne sont pas démonstratifs. D'ailleurs dans son tout récent livre sur le crime et des moyens de le combattre *(Das Verbrechen und seine Bekœmpfung*[1]*)* Aschaffenburg dont personne ne songerait à mettre la compétence en doute, Aschaffenburg regarde ce diagnostic comme encore impossible. Il avoue (pages 144-151) que la psychologie du criminel ne permet pas de reconnaître de traits spéciaux qui lui soient propres, qui en soient la caractéristique, et que nous ignorons ce qui distingue exactement les criminels normaux au point de vue mental des criminels malades d'esprit.

---

Messieurs, on n'a parlé jusqu'ici que des mesures exceptionnelles qui ressemblent assez à des mesures de rigueur.

1. — Heidelberg : In-8°, 1903.

Peut-être serait-il temps de se demander s'il n'y aurait pas des moyens de **prévenir le crime ou le délit de l'aliéné.**

Naturellement, bien que j'y fusse très porté, je ne me suis pas occupé des moyens de prévenir le crime de l'homme dit sain d'esprit. Je ne pourrai que vous renvoyer à cet égard au livre d'Aschaffenburg que je viens de citer.

Mais le crime de l'aliéné, peut-on le prévenir ? Envisageons, je vous prie, les trois cas qui peuvent se présenter :

1° Ou bien on a affaire à l'aliéné non encore interné ;

2° Ou bien il s'agit d'un aliéné amélioré ou guéri qu'on va mettre en liberté ;

3° Ou bien; enfin, on veut à l'intérieur de l'Asile prévenir toute espèce d'attentats.

### 1° Moyens de prévenir le crime de la part de l'aliéné non encore séquestré.

Ritti nous a montré que la grande majorité des crimes ou délits ont été exécutés par des aliénés qui, pour la plupart étaient, quoique libres, malades depuis longtemps. Ceci est conforme à l'opinion de Paris, au conseil de Gilbert Ballet sur les mesures préventives, aux exemples cités par Henri Colin à la Société générale des prisons, aux deux exemples plus récents de Bourneville.

Il faut donc prendre toutes mesures propres à une *Assistance immédiate des aliénés.*

Je ne parle que pour mémoire de la propagande conseillée par Ramadier et Fenayrou, dans le public.

J'insisterai surtout sur les *admissions rapides* facilitées bien entendu par les formalités légales ; sur les admissions provisoires prévues d'ailleurs dans le projet Dubief ; sur les quartiers d'observation ; sur la multiplication des placements volontaires gratuits ; sur le dégrèvement des communes.

Je vous signalerai au besoin la déclaration obligatoire de la famille et du médecin qui soigne l'aliéné en ville (G. Ballet. Deprétis).

**2° Moyens de prévenir le crime de la part de l'aliéné sorti par guérison ou amélioration.**

En ce qui concerne l'aliéné qui avant sa séquestration avait commis crime ou délit, il est indispensable, naturellement, de s'entourer de garanties sérieuses.

Ce sont l'essai à l'*open door*, à la colonisation familiale ; la sortie sous garantie ; le contrôle de la Société de patronage:

Ces moyens peuvent être mis en pratique par l'Administration préfectorale.

Les mêmes mesures peuvent s'appliquer à l'aliéné ordinaire non coupable.

**3° Moyens de prévenir le crime de la part de l'aliéné interné.**

C'est une simple question de traitement à l'Asile même.

Ces moyens sont sous la dépendance de l'amélioration de notre outillage hospitalier des aliénés.

Ce ne sont pas, selon nous, seulement les aliénés foncièrement dangereux qui causent des difficultés à l'intérieur des asiles ; ce sont tous les aliénés qui, s'y trouvant hospitalisés en trop grand nombre, se heurtent à tous les inconvénients de l'encombrement. Ou bien la construction vicieuse de l'établissement ne permet qu'une répartition insuffisante. Il faut des Asiles d'une faible population ; il faut que de petits quartiers disséminés sur une surface assez grande permettent le traitement individuel de chaque caractère de malades.

---

Messieurs, j'en ai fini avec le résumé de mon rapport, et je vous remercie en terminant de la bienveillante attention que vous m'avez prêtée.

M. le Président félicite et remercie M. Kéraval de son remarquable et si important rapport, et invite M. Arnaud à en présider la discussion.

---

PRÉSIDENCE DE M. ARNAUD (de Vannes), VICE-PRÉSIDENT.

## Discussion du Rapport sur les Aliénés criminels.

M. DOUTREBENTE, *Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de Blois (Loir-et-Cher).*

La question étant ainsi posée, il paraît admis *à priori* qu'il y a des mesures spéciales à prendre contre les dangers, que les aliénés criminels font courir à la société et en particulier à leur entourage, quand ils sont placés dans un Asile d'aliénés, dangers auxquels sont exposés les malades, les infirmiers, ou les médecins.

C'est faire la critique du passé, en donnant à penser : que jusqu'ici des mesures utiles n'ont pas encore été prises, que les aliénés criminels placés actuellement dans les Asiles d'aliénés n'y sont pas à leur place ; qu'ils sont, dans ce milieu, une cause permanente de gêne, de trouble, de désordre et de danger. Puis pour éviter les accidents et fuir les responsabilités, dont personne ne veut plus aujourd'hui, on continue, paraît-il, à cause de la présence des aliénés criminels, les pratiques, tant critiquées du restraint, qui est toujours le restraint même quand il se transforme en restraint manuel ou médicamenteux.

En me plaçant à un point de vue plus humanitaire et m'élevant au-dessus de la critique banale de théoriciens, qui s'attaquent aux œuvres d'assistance, sans tenir compte des difficultés de la pratique courante et des services rendus, je me fais de la question une tout autre idée, en utilisant pour cela l'enseignement de mes excellents maîtres et une expérience personnelle de 40 années passées dans les Asiles d'aliénés de la Seine et dans quatre autres départements du Nord, du Midi et du Centre. J'arrive ainsi à formuler la question : Les mesures à prendre en faveur des aliénés, dits à tort criminels, sont-elles suffisantes ? Je dis, *en faveur* des aliénés criminels, parce que je ne fais pas de distinction entre les aliénés, parce que je ne vois pas la différence qu'il y a entre l'aliéné ayant commis un acte qualifié

criminel et celui qui est en imminence de le commettre à chaque instant du jour ou de la nuit.

Pour dire toute notre pensée, nous avons l'intime conviction basée sur de nombreux exemples : que les aliénés criminels ont cessé, à part de regrettables exceptions, d'être dangereux à l'Asile des aliénés ; ils se sont soulagés, ils ont cédé à l'impulsion, ils se sont débarrassés d'une obsession, ils ont agi, accompli leur tâche, rempli leur mission, vengé leur honneur, sauvé la société ou abattu le tyran.

Par contre, l'aliéné obsédé, halluciné, illuminé, qui n'a pas encore cédé à ces stimulants, parce qu'il a résisté, parce que l'occasion lui a fait défaut, parce que ses tentatives ont été vaines ou parce qu'il en a été empêché par une intervention prévoyante et opportune, cet aliéné, non encore dit criminel, peut le devenir à chaque instant. C'est pour lui qu'il faut prendre, non pas des mesures nouvelles, mais de sages et utiles précautions, car c'est lui le véritable aliéné dangereux, dont il faut se méfier en le surveillant de près.

Cette surveillance étroite et vigilante n'empêche point que l'aliéné soit soigné avec bienveillance et intérêt, car jamais nous ne devons oublier que, dans bien des cas, il s'agit d'une guérison à obtenir et, qu'en cas d'incurabilité, nous avons quand même l'espoir d'un amoindrissement des symptômes saillants. Dans nombre de cas nous observerons enfin une évolution morbide progressive transformant un persécuté dangereux en un mégalomane satisfait, attendant patiemment l'arrivée de jours meilleurs.

Mais si le danger existe à l'état permanent dans nos Asiles actuels, si des actes réputés délictueux ou criminels y sont encore possibles, parce que vivant avec le danger, on s'y habitue, on le redoute moins, on en arrive à oublier de s'en garer, disons : que ces actes y sont relativement rares si on les compare à ceux qui chaque jour sont relatés dans les journaux d'information et que les annales médico-psychologiques publient depuis tant d'années sous la rubrique « les aliénés en liberté ». Le nombre des homicides et des massacres des innocents accomplis par les aliénés en liberté est fantastique ; c'est la marée montante des victimes généralement choisies dans l'entourage immédiat du malade, ce qui n'empêche point le paisible passant d'être tué au hasard

dans la rue par un alcoolique apeuré. Par excès d'amour ou d'amitié, par crainte de la médisance ou simplement par ignorance et naïveté, on hésite trop souvent à provoquer l'isolement du malade dans une maison de santé, on attend souvent jusqu'à la manifestation, jusqu'à l'acte criminel ; c'est après coup que la mesure utile, nécessaire est prise quand il est trop tard.

Cela est vrai pour les cas les plus nets, les plus évidents, les plus faciles à diagnostiquer et, pour les cas moins accentués, cela est de pratique courante, et alors, on entend dire, même à des médecins : « Je n'aurais jamais cru qu'un obsédé ou un simple hypochondriaque, un neurasthénique fut capable de commettre l'homicide ou une tentative d'homicide. »

Cela se fait cependant et, à chaque instant, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante, choisie entre tant d'autres parce qu'elle est d'actualité :

Madame X..., âgée de 39 ans, se plaint depuis 16 mois de ses yeux et de sa tête, elle craint de perdre la vue, « ça lui tire les yeux, ça la serre, elle a toujours la sensation des deux pouces du Dr B., un hypnologue parisien, sur les deux côtés de la tempe ».

Elle passait son temps à consulter des médecins oculistes et a reçu en outre les soins des Drs R., B., C. et une consultation du Professeur Raymond. Placée dans une maison de santé pour nerveux, elle en est sortie assez rapidement, non améliorée. En dernier lieu, elle fréquentait une clinique externe pour nerveux dirigée par le Dr R., et consultait, en même temps, en cachette, un rebouteur, fils d'une somnambule guérisseuse, qui se livrait sur elle aux pratiques d'un hypnotisme empirique.

Se trouvant de plus en plus souffrante, elle cessa tout traitement pour revenir habiter avec son mari.

Elle avait chez elle une femme de chambre, à figure souriante, qui lui aurait dit un jour : « Si vous continuez à vous plaindre de vos yeux, on vous conduira dans une maison d'aliénés » ; Madame n'hésitait pas un instant à tirer sur sa femme de chambre un coup de revolver et à la tuer froidement, essayant ensuite de se tuer elle-même, mais n'y réussissant pas « parce que », nous a-t-elle raconté, « elle ne connaissait pas assez la manœuvre du revolver ».

Cela ne l'empêchait point cependant de tirer un second coup de revolver dans le plafond de sa chambre.

Notre malade a tué sa femme de chambre, sans la moindre hésitation, sans le moindre remords, parce qu'elle croyait qu'elle se moquait d'elle, parce qu'elle ne la plaignait pas assez ; elle n'a pas eu la moindre émotion, et elle continue à l'Asile à

se plaindre et à gémir sur son misérable état de santé avec toutes les apparences d'une santé florissante. C'est le type parfait de l'égoïsme des hypochondriaques pour lesquels il n'y a rien, en dehors d'eux-mêmes.

Notons, incidemment, pour peindre l'état d'âme des ambiants, que la malade amenée sur le champ dans un Asile d'aliénés, parce qu'il n'était plus possible de faire autrement, y a été conduite par un ami de la famille, qui nous l'a recommandée d'une façon toute spéciale, en nous disant : « Ce n'est pas une aliénée, c'est une obsédée, elle a toute son intelligence, toute sa lucidité d'esprit, elle n'est pas dangereuse ! »

En résumé, les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels sont urgentes, s'il s'agit des aliénés en liberté ; elles sont déjà prises et suffisamment à l'égard des aliénés hospitalisés dans les Asiles publics d'aliénés ordinaires. Ce qu'il reste à faire, c'est l'amélioration constante de ces asiles. Voilà où doivent tendre tous nos efforts, trop souvent paralysés par l'insuffisance des subventions départementales.

Le Dr Olivier, notre interne actuel, dans sa thèse sur les aliénés criminels [1] a fait remarquer que, à Blois, les aliénés criminels, passent inaperçus au milieu des autres aliénés, que rien dans leur manière d'être ou de se conduire n'attire particulièrement l'attention, qu'ils sont en général dociles, faciles à diriger et à surveiller, qu'ils ne nécessitent pas de mesures spéciales de restraint, qu'ils ne causent ni troubles, ni gêne dans la vie ordinaire de l'Asile. Nous ajouterons que jamais nous n'avons entendu dire par les malades que le contact avec les aliénés criminels leur était désagréable ou pénible. Cette promiscuité signalée comme regrettable par un certain nombre d'auteurs (partisans des Asiles spéciaux), n'est que la manifestation d'une idée-argument propre à ces auteurs ; ce n'est pas le résultat d'une enquête faite près des aliénés, non encore criminels, les seuls intéressés dans la question.

Puis, ne craignons pas de le dire, l'Asile spécial où seraient accumulés et réunis tous les éléments de désordre ou de danger ne saurait être qu'une maison de force, où on ne tarderait pas à envoyer (on le réclame ouvertement), avec les aliénés criminels,

1. — Paris, Juillet 1903.

tous ceux qui seraient considérés dans les Asiles comme dangereux ou simplement gêneurs. Comment faire pour classer les aliénés en dangereux et non dangereux, où commencer, où s'arrêter. On voit d'ici l'apparition des abus et une cause nouvelle de transfert d'aliénés, à éloigner de leur pays et de leur famille. Ce serait une mesure de réaction, une reculade, un retour au temps passé, aux anciennes maisons de force, ainsi que je l'ai déjà exposé dans mon rapport au Congrès de Toulouse !

Nous n'avons point parlé avec intention des criminels reconnus ou devenus aliénés après condamnation, parce que nous estimons que, dans nombre de cas, il s'agit d'aliénés méconnus qui n'ont pas bénéficié d'un examen médical avant leur comparution en Cour d'assises. Pour eux, comme pour les autres, l'Asile d'aliénés peut suffire à leurs besoins et point ne s'impose encore l'Asile spécial. Malades comme tant d'autres, ils ont droit à l'hospitalisation et non à la prison.

Reste la question de la sortie de l'Asile et de la responsabilité qui peut nous incomber quand nous avons à prendre une décision pour la sortie ou le maintien d'un aliéné criminel amélioré ou guéri qui réclame sa sortie.

Je me hâte de dire que, pour couper court à toutes les inquiétudes que semblable décision à prendre m'a procurées pendant toute ma carrière, il me paraît nécessaire de réclamer l'intervention de l'autorité judiciaire pour dégager d'autant notre part déjà si grande de responsabilités de toutes natures, qui nous apparaissent de plus en plus lourdes à supporter à mesure que s'accumulent nos années de service.

Les magistrats de l'ordre judiciaire, en rendant définitives les mesures d'entrée et de sortie des aliénés dans les Asiles d'aliénés, feraient de notre redoutable profession de Directeur-Médecin, une situation toujours dangereuse mais facile, où en toute liberté d'esprit, nous pourrions enfin vivre à l'abri des injures et des suspicions.

M. Henri COLIN, *Médecin de l'Asile des aliénés de Villejuif (Seine).*

La question des aliénés criminels qui fait l'objet du rapport si intéressant de M. Kéraval est tellement vaste qu'il faudrait

plusieurs séances pour la discuter à fond. Je me bornerai à l'envisager à trois points de vue différents.

Après avoir exposé ce qu'on doit entendre en médecine mentale sous le nom d'aliénés criminels, je décrirai les divers modes d'assistance préconisés à l'égard de ces malades, et je m'efforcerai de déduire des deux données précédentes une solution pratique, susceptible d'être appliquée au problème.

Au point de vue médical nous nous trouvons en présence de trois opinions contradictoires, les uns niant l'existence des aliénés criminels, d'autres au contraire l'affirmant, d'autres enfin ne voulant admettre comme tels que les fous moraux, certains faibles d'esprit, certains névrosés, à l'exclusion des vésaniques, des paralytiques généraux, des déments qui, disent-ils, ne diffèrent en rien des autres malades.

Pour moi, et je m'empresse de l'affirmer, il y a véritablement des aliénés criminels. On objecte que les deux termes jurent ensemble, qu'un aliéné ne peut être criminel, qu'il est avant tout et demeure un aliéné. Cette objection, ainsi que je l'ai bien des fois écrit et soutenu, ne résiste pas à l'examen. Si l'on considère la folie comme une maladie analogue aux états pathologiques ordinaires, et il semblerait difficile à notre époque, de ne pas le faire, on peut et on doit admettre que chez certains individus deux états coexistent ; la folie d'une part, les tendances criminelles de l'autre. Il y a superposition de deux états ainsi que nous l'avons démontré au Congrès de Toulouse, mon collègue et ami Vigouroux et moi. C'est certainement le cas qui se présente le plus fréquemment à l'observation, c'est celui des véritables aliénés criminels et dangereux, persécutés homicides, faibles d'esprit incendiaires, violateurs, pervertis sexuels, etc.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas une autre variété d'aliénés criminels ? Évidemment non ; de même que de parfaits honnêtes gens peuvent être amenés, par la force des circonstances, à commettre des actes de violence ou des crimes, de même certains malades y seront poussés par des circonstances absolument indépendantes de leur volonté. Dans le premier cas, l'homme sain d'esprit réagit contre des causes réelles et particulièrement puissantes ; dans le second cas, le malade est sous l'influence d'une idée délirante qu'il considère comme réelle ou que l'état de ces facultés cérébrales lui interdit de raisonner.

C'est le fait de certains persécutés, des épileptiques en cours d'accès, des paralytiques généraux, des déments, etc., etc.

Il ne peut y avoir aucun inconvénient à réunir ces deux classes sous le nom d'aliénés criminels ou dangereux, et pour ces malades, pour eux seuls, l'Asile spécial s'impose.

Par contre, je me refuse absolument à considérer comme des aliénés criminels les simples vicieux, paresseux, ivrognes, vagabonds, habitués et exploiteurs des Asiles, nombreux surtout dans les grandes villes, certains hystériques et épileptiques, toute cette masse d'individus désignés souvent à tort sous le nom de fous moraux, qui ne peuvent s'adapter au milieu social où le sort les a jetés, insupportables par leurs violences, leurs mauvais instincts, leur brutalité, leur grossièreté et leur indiscipline, mais qui, en somme, se sont bien gardés de commettre des crimes et qui ont connu la prison ou l'Asile à l'occasion de simples délits. Au surplus, la justice a pour mission de différencier les crimes des délits et nous trace une limite que nous ne pouvons pas dépasser.

Pour cette catégorie de malades, je suis d'avis de créer des quartiers spéciaux annexés aux Asiles ordinaires.

La question me semble ainsi nettement posée. Il convient cependant de répondre à certaines objections formulées par nos adversaires.

A la page 11 de son rapport M. Kéraval, citant Falret, s'exprime ainsi : « En réalité, il n'y a pas d'aliénés criminels. C'est le hasard qui fait que les aliénés ordinaires n'ont pas commis d'actes semblables. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les formes morbides des uns et des autres. » C'est la thèse soutenue par M. Olivier sous l'inspiration de M. Doutrebente.

En vérité l'argument n'est pas valable. La tuberculose, la fièvre typhoïde affectent-elles une forme spéciale quand elles atteignent des criminels ? Pourquoi donc le délire maniaque et mélancolique, la paralysie générale, la démence, le délire des persécutions se présenteraient-ils sous des modalités anormales lorsqu'ils évoluent chez ces individus ? J'ajouterai même qu'il serait étrange qu'il en fut autrement.

Si nous laissons de côté les aliénés pour considérer les criminels ordinaires, on peut se demander, et M. Kéraval est certainement de mon avis, à quels signes il est possible de distinguer,

au simple aspect extérieur, un parfait honnête homme d'un voleur ou d'un assassin. Est-ce une raison pour ne pas prendre à l'égard de ces derniers des mesures spéciales de sécurité ?

Bien plus, en poussant plus loin l'analyse, on s'aperçoit que le crime étant un produit social varie avec le milieu social, et il serait facile de citer des criminels de marque demeurés impunis, et dont cependant le crime présente une envergure autrement considérable que l'attentat commis par un chourineur vulgaire, que les détournements ou les faux d'un banquier aux abois ou d'un homme d'affaires véreux.

Cela prouve qu'il n'y a pas de critérium, pas de base d'appréciation subjective. A notre avis une seule chose doit entrer en ligne de compte, c'est l'*acte* commis.

Pour en revenir aux aliénés criminels, les objections de nos adversaires sont, il faut bien le dire, purement sentimentales. Et à ce propos je ne puis m'empêcher de signaler la thèse de l'élève de M. Doutrebente M. Olivier[1]. Ce n'est pas ici le lieu de discuter les observations contenues dans ce travail ; il y aurait beaucoup à dire et cela m'entraînerait trop loin. J'appelle seulement votre attention sur la dédicace : « A la mémoire de mon grand-père le docteur G., victime d'un aliéné. » Le grand-père de M. Olivier a été, paraît-il, tué par un malade, et M. Olivier résumant tous les arguments des adversaires des Asiles spéciaux conclut ainsi : « La création d'Asiles spéciaux destinés aux aliénés réputés criminels ne s'impose par aucune raison clinique, théorique, pratique, thérapeutique, morale, pécuniaire. »

Je n'insiste pas. Ce sont là des sentiments infiniment respectables, mais je ne puis m'empêcher de penser que l'auteur fait preuve ici d'une candeur et d'une générosité dont je m'avoue, à ma honte, profondément incapable.

C'est donc une raison de pur sentiment qui guide nos adversaires, lorsqu'ils demandent le maintien à l'Asile des aliénés criminels, sous prétexte qu'ils ne diffèrent en rien des malades ordinaires. Or, voyez comme le hasard fait quelquefois bien les choses. Il y a deux jours, nous visitions le superbe établissement que dirige M. Girma et mon attention s'est portée sur deux mala-

1. — *Études cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels.* Paris, Rousset, 1903.

des qui sont maintenus continuellement dans le quartier cellulaire. Je me suis informé et j'ai appris qu'il s'agissait de deux aliénés criminels. L'un a quatre meurtres à son actif, l'autre est ce malade qui tuait dernièrement un infirmier de l'Asile. Il est impossible, m'a-t-on dit, de laisser ces malades au milieu des autres, le premier, surtout, en raison de ses tendances perpétuellement agressives.

Un autre argument, toujours d'ordre sentimental, consiste à affirmer qu'en plaçant les aliénés criminels dans des Asiles spéciaux « on les éloigne de leur famille et on aggrave leur situation d'une manière imméritée ». Je reviendrai plus loin sur cet argument qu'il est facile de réduire à sa juste valeur.

Enfin on prétend que du fait de ce placement résultera une tare spéciale qu'on imposera aux malades et à leurs parents.

Ne vous semble-t-il pas comme à moi que la question est plus haute, que nous avons devant nous non pas un point de déontologie médicale mais un problème d'intérêt social et non des moindres? Il faut avoir le courage de le proclamer : les aliénés n'intéressent guère que leurs parents et les médecins qui les approchent. L'aliéné est bien nommé : *alienus,* étranger. Et il y a tant d'autres problèmes sociaux intéressants dont la solution s'impose, tous les jours plus impérieuse (assistance, éducation, travail, etc., etc.). Ne pensez-vous pas que les actes répugnants, les crimes atroces, les meurtres lamentables commis par les aliénés criminels soient pour beaucoup dans les sentiments de répulsion ou de crainte que les fous inspirent au public en général? Et je ne parle pas du grand public, j'ai en vue aussi des personnalités marquantes, des hommes éminents sous tous les rapports. Aux obsèques de M. Roux, directeur des affaires départementales de la Seine, tué par un aliéné, je me rappelle avoir entendu J. Ferry — qui lui-même avait été victime d'un attentat — proclamer « qu'il fallait pendre ces gens-là. » (*Matin* du 26 décembre 1889). Je me souviens que lorsque mon ami et collègue Pactet passait sa thèse sur les aliénés méconnus et condamnés et citait le cas de paralytiques généraux avérés, envoyés en prison, un de nos professeurs les plus éminents lui répondait : « Après tout, cela débarrasse le trottoir. »

Et cela n'est pas spécial à notre pays. Je trouve dans un travail de notre éminent confrère le Dr Allison, médecin de

l'asile de Matteawan[1], la discussion suivante qui eut lieu devant le 21me Congrès annuel de l'association nationale des prisons, tenu à Cleveland (Ohio) du 22 au 26 septembre 1900.

M. Wines. — « Je demanderai à M. Allison ce qu'il pense de la proposition du Dr Mac Kim qui propose dans un livre de mettre les aliénés criminels à mort sans douleur, ce qui éviterait au condamné aliéné les douze années qu'il passera à l'Asile, et à l'état de New-York les frais que ce séjour occasionnera. »

M. Allison. — « Je me rallie à l'opinion exprimée hier par M. Wines sur l'inhumanité de cette méthode. Il n'y a pas lieu de s'y arrêter un seul instant. Un homme riche à qui on demandait de souscrire pour la création d'un Asile d'aliénés, répondit qu'il n'avait aucune sympathie pour ce genre d'individus, qu'il souscrirait volontiers s'il s'agissait d'embarquer les aliénés sur un chaland qui serait remorqué et coulé dans l'Atlantique. Si une pareille méthode devait être adoptée, les aliénés ne seraient pas les seuls à mettre à mort. On pourrait également se débarrasser des gens qui circulent, porteurs de maladies incurables, ou contagieuses et de ceux qui sont dangereux d'une autre façon. Où sera la limite ? Autant détruire tous les gens atteints de maladies physiques, âgés ou impotents. »

Il y a là, on le voit, un état d'esprit contre lequel il importe de réagir. Il faut rendre à l'aliéné sa dignité de malade, et faire de l'Asile l'hôpital qu'il devrait être. Pour atteindre ce but, il faut, non pas considérer l'aliéné comme un individu tabou, auquel tout est permis, mais le soigner comme un malade, en écartant de lui tous les éléments de perturbation, de danger ou de dégoût. Lorsqu'on parle de ne pas froisser les sentiments des familles des aliénés criminels, on oublie que les familles des malades ordinaires ont bien droit à quelques égards et qu'elles peuvent, elles aussi, être froissées du contact qui leur est imposé.

Je vais plus loin : j'affirme que l'intérêt même des aliénés criminels exige la réforme que nous demandons. A l'heure actuelle, et j'en citais plus haut un exemple topique, ils sont

1. — *The care and custody of the Convict and Criminal Insane.* Cleveland, 1900.

gardés en cellule ou ne quittent guère les quartiers d'agités. Vous savez, sans que j'aie besoin d'insister, quelle est la composition des quartiers d'agités actuels, à l'Asile de Villejuif, par exemple ; vous vous représentez ce coin maudit où se rencontrent pêle-mêle, se battant, s'agitant les uns les autres ou souffrant moralement, les malades inconscients, turbulents, malpropres et déchireurs, mais inoffensifs ; les agités véritables, les vicieux, les criminels et, en général, tous les délirants calmes mais dangereux dont on redoute les évasions et les réactions violentes.

Parfois aussi les aliénés criminels sont mis en liberté, après un séjour plus ou moins prolongé à l'Asile. Une fois en liberté, ils récidivent. Et à ce propos je suis hanté par le souvenir de cet individu placé dans deux Asiles différents à la suite d'une première tentative d'assassinat et de suicide et qui, mis en liberté, a commis cette série de meurtres et de viols atroces dont vous avez certainement gardé la mémoire, — j'ai nommé Vacher ! — Vacher a été guillotiné ; et s'il convient de ne pas insister sur cette solution, radicale en ce qui le concerne, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que notre responsabilité médicale aurait été singulièrement diminuée vis-à-vis de ses malheureuses victimes et vis-à-vis des parents qu'elles ont laissé derrière elles, si ce malade avait pu être maintenu dans un Asile spécial, en vertu d'une décision judiciaire, à la suite de ses premiers exploits.

Voilà donc où conduit l'extrême bienveillance de nos adversaires à l'égard de semblables individus. Au lieu de les considérer comme des êtres dangereux et de prendre des mesures de sécurité indispensables, ou bien on les maintient à l'Asile dans des conditions absolument défectueuses, ou bien on les rend à la société qui s'empresse de leur faire couper le cou.

Je crois avoir prouvé qu'il existe bien réellement une catégorie d'individus, d'aliénés criminels à l'égard desquels il convient de prendre des mesures spéciales. Je me propose d'examiner maintenant la question de l'assistance de ces malades. Nous nous trouvons ici en présence de quatre opinions différentes. Les uns demandent le maintien du *statu quo*, d'autres préconisent le système des quartiers d'Asiles annexés aux prisons (système allemand). Un troisième groupe préférerait la création de quartiers spéciaux annexés aux Asiles. Enfin, nous trouvons

les partisans de l'Asile *spécial* central ou d'Asiles *spéciaux* régionaux.

Il ne peut être question, à mon sens, de rester dans le *statu quo*, je me suis efforcé de le démontrer tout à l'heure.

Le système allemand des quartiers d'Asiles annexés aux prisons me semble inacceptable pour plusieurs raisons. En premier lieu, ce qui est possible dans un pays de décentralisation comme l'Allemagne, où chaque état possède soit une législation spéciale, soit des règlements particuliers sur le service des aliénés, n'est guère admissible dans un pays comme le nôtre, si fortement centralisé au point de vue administratif. J'ajouterai que le nombre des grands établissements pénitentiaires diminue tous les jours, à la suite de l'application du régime de la rélégation et qu'il serait difficile de choisir les maisons centrales auxquelles seraient annexés les quartiers spéciaux.

Il y a plus, cette idée d'annexer l'Asile d'aliénés à une prison choque le sentiment public et, pour citer un exemple, le maintien de l'Asile de Gaillon a été voté par la Chambre à la condition expresse que l'établissement perdrait complètement son caractère pénitentiaire. (Voir annexe 2.)

Ce que je viens de dire des quartiers annexés aux prisons allemandes s'applique avec plus de force encore aux Asiles-prisons d'Italie. Ici le régime, la nourriture, les soins, tout rappelle la prison, le *carcere-duro ;* seul, le nom de *manicome* subsiste.

Le système des quartiers spéciaux annexés aux Asiles doit également être rejeté et cela parce que ces quartiers seraient inutilisables en raison du nombre très restreint des malades de chaque Asile qui pourraient y être placés, surtout en ce qui concerne les Asiles de province. Les quartiers demeureraient vides et les malades intéressés ne trouveraient eux-mêmes aucun changement à leur situation actuelle.

En somme, je suis d'avis qu'il convient d'adopter le système qui seul jusqu'à présent a fait ses preuves, le système anglais de Broadmoor, perfectionné aux États-Unis dans les Asiles de Matteawan et de Dannemora. A propos du système anglais, on a l'habitude de citer l'Asile de Perth, en Écosse, comme un modèle, et après bien d'autres, M. Kéraval ne manque pas à la

tradition (p. 50). La vérité se trouve justement dans l'opinion contraire. J'ai visité l'Asile de Perth, annexé à l'ancienne maison de force qui servait de lieu de détention aux prisonniers français pendant les guerres du premier Empire, et dirigé par le directeur de cette prison. C'est un établissement détestable et à mon avis inférieur à notre quartier de Gaillon. Et je ne puis être taxé d'exagération puisque cet avis est partagé par le médecin de l'Asile de Perth et par tous les médecins aliénistes écossais, auprès desquels j'ai fait une enquête sur le sujet qui nous occupe. Tous m'ont répondu : si vous faites quelque chose, ne faites pas d'annexe à une prison et, surtout, ne faites rien qui puisse ressembler à l'Asile de Perth.

Je ne m'étendrai pas sur l'Asile de Broadmoor, établissement superbe tant de fois décrit, mais je veux dire un mot des asiles de l'Etat de New-York.

En 1892, l'Asile de Matteawan remplaçait l'Asile annexé à la prison d'Auburn. Il recevait des malades des deux sexes et comprenait : 1° les prévenus dont la maladie a été reconnue avant le jugement ; 2° les détenus en cours de peine devenus aliénés. Il est maintenant insuffisant, et un autre Asile, le *Dannemora Hospital for insane Convicts* a été ouvert en 1902. Ce dernier Asile est réservé exclusivement aux détenus aliénés dont le mélange avec les autres malades était une source de désordres. L'Asile de Matteawan ne reçoit maintenant que les prévenus reconnus aliénés et internés par les cours de justice, *court cases,* les femmes aliénées criminelles, condamnées ou non et certains malades coupables de délits de peu d'importance, ayant entraîné une condamnation d'un an au plus, et devenus aliénés en cours de peine.

L'Asile de Matteawan fonctionne admirablement sous la direction de notre éminent collègue, le docteur Allison, dont les travaux sont connus de vous tous, qui a provoqué le dédoublement dont je viens de parler et qui se déclare l'adversaire irréductible des Asiles annexés aux prisons et des quartiers annexés aux Asiles ordinaires.

J'arrive à la troisième partie de mon argumentation, et je vais essayer de dégager de l'exposé précédent la solution pratique du problème que nous étudions. Nous savons qu'il existe des aliénés criminels, et nous pensons qu'il est nécessaire de créer pour eux des établissements spéciaux.

Comment s'opèrera le placement de ces aliénés ? Pour moi, je l'ai dit et écrit maintes fois, et je suis d'accord en cela avec la grande majorité des médecins et des magistrats, l'intervention du pouvoir judiciaire m'apparaît comme indispensable, quelle que soit la nature du crime commis, quel que soit l'endroit où ce crime a été commis, quelle que soit l'affection délirante de l'aliéné criminel. Cette intervention est nécessaire tout d'abord au strict point de vue légal ; c'est de plus une garantie normale accordée non seulement au malade et à ses proches, mais aussi au médecin et aux personnes chargés de le soigner. La magistrature doit intervenir pour l'entrée et la sortie des malades. Je ne veux pas insister, vous trouverez dans le travail de M. Kéraval les différents projets de loi rédigés en vue de cet objet ; vous trouverez à la page 163 du remarquable rapport de Sérieux[1], à la suite d'un lumineux exposé de la question qui nous occupe, les propositions que j'ai moi-même formulées à cet égard devant la Commission mixte instituée en 1898 par le département de la Seine, pour l'étude de l'assistance des aliénés. Vous verrez que, dans tous les cas, les droits et les prérogatives du médecin spécialiste sont respectés d'une façon étroite, — comment pourrait-il en être autrement ? — malgré l'introduction de l'appareil judiciaire. (Voir Annexe n° 1.)

Un second point doit attirer notre attention. Comment s'opèrera le classement des malades ? J'estime qu'il y a nécessité absolue d'envoyer dans l'Asile ou les Asiles spéciaux tous les aliénés criminels sans distinction, et de ne pas les séparer comme certains voudraient le faire, suivant leur origine (aliénés criminels ou criminels devenus aliénés), ou suivant la forme de l'affection mentale.

Ce serait là une complication inutile, nuisible, qui aurait pour unique résultat de retarder la réalisation de la réforme que nous avons en vue.

En effet, nous avons démontré, mon ami Pactet et moi[2] que 36,7 pour cent des détenus devenus aliénés étaient des aliénés

1. — *L'Assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse.* Rapport au Conseil Général. Paris, Imprimerie Municipale (Hôtel-de-Ville), 1903, 1 vol.

2. — *Les aliénés devant la Justice et dans les Prisons* ; 2 vol., Paris, Masson, 1902.

méconnus et condamnés ; d'autres sont des déments, des paralytiques généraux, des malades devenus inoffensifs. Peut-on dans ces conditions faire équitablement le départ entre les aliénés criminels et les criminels devenus aliénés?

D'autre part, le fait d'attribuer de façon obligatoire une destination différente aux malades d'après la forme de leur affection mentale, — les paralytiques généraux, les déments par exemple étant envoyés de droit et d'emblée dans les Asiles ordinaires, — offrirait dans la pratique de graves inconvénients. Je me contenterai de signaler les mille difficultés d'une expertise sérieuse, lorsque cette expertise se fera ailleurs que dans les grands centres. N'oublions pas aussi que souvent les paralytiques généraux, ces malades réputés inoffensifs et bienveillants, sont en réalité les plus dangereux des aliénés. C'est au médecin de l'Asile spécial d'opérer cette sélection et, au surplus, l'article 4 de nos propositions (voir annexe n° 1) est de nature à calmer les susceptibilités les plus exigeantes, puisqu'il laisse à l'autorité judiciaire la faculté du placement direct, dans un Asile ordinaire, des individus reconnus manifestement inoffensifs.

Nos adversaires formulent contre la solution que nous proposons plusieurs objections. La première a trait au nombre considérable des individus à interner. Dans un des derniers travaux publiés sur la matière, M. l'Inspecteur général Regnard estimait ce nombre à 2.400. Je crois que ce chiffre est notablement exagéré et l'exagération tient au fait que M. Regnard fait rentrer dans le cadre des aliénés criminels une quantité d'individus dangereux, ou simplement nuisibles, appartenant à la catégorie que nous avons éliminée d'emblée.

Si nous prenons comme terme de comparaison un pays voisin, l'Angleterre, qui possède une population sensiblement égale à la nôtre, nous voyons qu'à l'Asile de Broadmoor, où sont admis les aliénés criminels des deux sexes, condamnés ou non condamnés, on a soigné pendant l'année 1901 un total de 705 malades, 511 hommes et 194 femmes[1].

C'est là une donnée précise et exacte ; je suis convaincu qu'un seul Asile central suffirait à hospitaliser cette classe de malades,

1. — *Reports upon Broadmoor Criminal Lunatic asylum, with statistical tables for the year, 1901.*

et si pour des besoins régionaux ou des commodités de transfèrement il semblait préférable de ne pas concentrer tous les aliénés criminels sur un même point du territoire, deux Asiles seraient amplement suffisants.

Une deuxième objection souvent, formulée, vise l'encombrement rapide de l'Asile spécial. Ici encore la réponse est aisée. Pendant l'année 1901 l'Asile de Broadmoor a reçu 53 malades, 29 hommes et 24 femmes.

L'encombrement n'existe donc pas à Broadmoor, d'abord à cause du nombre restreint des entrées, et ensuite par le fait que les médecins traitants ont le droit absolu d'évacuer sur les Asiles de leur comté d'origine les aliénés qu'ils considèrent comme inoffensifs. Ce droit, nous l'avons expressément réservé dans les propositions citées plus haut (voir annexe 1, art. 4.)

Nos adversaires objectent encore qu'il est inadmissible de priver un malade à jamais de sa liberté, parce qu'il aura commis un crime. Ici encore la réponse est facile et la question est depuis longtemps résolue à Broadmoor et à Matteawan.

En Angleterre, le Ministre, sur la proposition des médecins de Broadmoor accorde des sorties conditionnelles aux malades. Ceux-ci sont rendus à leur famille qui s'engage à les recueillir et à les surveiller, mais ils restent soumis au contrôle des agents du Ministère et en cas d'infraction soit de la part du malade, soit de la part de ses parents, la réintégration à l'Asile s'opère immédiatement.

Un dernier argument est tiré du fait qu'en plaçant l'aliéné criminel dans un Asile spécial, on l'éloigne de sa famille.

En vérité, est-ce là un argument bien sérieux à une époque comme la nôtre qui voit pratiquer, dans le département de la Seine en particulier, l'assistance familiale des malades ordinaires placés à 3 ou 400 kilomètres de Paris, la création de colonies agricoles d'épileptiques, l'envoi à la campagne, et jusqu'à Hendaye, des enfants assistés !

Je me résume : je suis d'avis qu'il est indispensable de créer un Asile central ou deux Asiles régionaux pour l'hospitalisation des aliénés criminels, condamnés ou non. Il n'est pas nécessaire de donner à cet Asile le nom d'Asile d'aliénés criminels ou d'Asile de sûreté, il sera très suffisamment désigné par le nom de la localité dans laquelle il sera situé. Il n'est pas nécessaire

non plus, d'édifier d'énormes bâtisses dans le genre de l'Asile de Broadmoor; on aura tout avantage au contraire, tant au point de vue médical qu'au point de vue financier, à créer des bâtiments séparés contenant chacun un nombre restreint de malades, et chacun de ces bâtiments étant approprié à une destination spéciale. Les aliénés pourront y être sélectionnés suivant la forme et l'affection mentale d'une part et, d'autre part, suivant leur origine, leurs aptitudes et leurs habitudes sociales. Ce sera le seul moyen d'utiliser ce genre de malades en les soumettant à un travail approprié au lieu de les abandonner à eux-mêmes dans l'oisiveté la plus complète. Pour donner des résultats appréciables, le travail nécessite une agglomération assez considérable d'individus, et cela suffirait à condamner le maintien du *statu quo,* ou la création de petits quartiers annexés aux Asiles actuels.

Le moment est bien choisi pour réaliser cette réforme; à l'heure actuelle, en France nous n'avons rien fait. Et pourtant tout le monde est d'accord sur la nécessité de résoudre au plus vite ce problème inquiétant. Il y a trois ans, le 25 décembre 1900 la Chambre adoptait l'ordre du jour suivant proposé par M. Delbet :

« La Chambre invite le Gouvernement à désaffecter la maison centrale de Gaillon, qui prendra le nom d'Asile central des aliénés criminels.

» Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'organisation d'un service médical et d'un service de surveillance en rapport avec sa destination nouvelle. »

On se borne en général à reproduire cette rédaction et à ne pas mentionner les discours des différents orateurs. Et cependant dans chacun de ces discours, la réforme apparaît nécessaire et urgente; on pourra en juger par les extraits que j'ai là sous les yeux. (Voir annexe n° 2.) Tout le monde est d'accord pour réclamer la création d'un Asile spécial, et enfin chacun se rallie à la proposition de M. Delbet qui conserve Gaillon et malgré les objections de M. Waldeck-Rousseau, Ministre de l'Intérieur partisan du maintien de l'Asile sous sa forme primitive, le soustrait à l'autorité de l'Administration pénitentiaire pour le soumettre à celle de l'Assistance publique. Gaillon, d'après le vote de la Chambre, doit être un Asile spécial, l'embryon d

projet déposé par M. Dubief. Il y a bientôt trois ans que ce vote a été émis et l'Asile de Gaillon, bien que dépendant nominalement de l'Assistance publique, continue de recevoir exclusivement les condamnés devenus aliénés et d'être administré et entretenu par le service pénitentiaire. Il y aurait là cependant quelque chose à faire. L'établissement est créé et possède de larges dépendances ; il fonctionne régulièrement et, avec un peu de bonne volonté, il serait facile de le modifier et de le développer.

J'ai terminé ; je crois vous avoir démontré qu'il est nécessaire dans l'intérêt de la société et dans l'intérêt de tous les malades sans excepter les aliénés criminels, de modifier le régime actuel de nos Asiles. Ce sera, pour employer les expressions même de M. Kéraval, la meilleure façon « d'améliorer les Asiles existants » et de « rester médecins ».

---

## Annexe n° 1.

### CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE

COMMISSION MIXTE CHARGÉE D'ÉTUDIER LES QUESTIONS INTÉRESSANT L'HOSPITALISATION DES ALIÉNÉS.

---

SOUS-COMMISSION (MODES DIVERS D'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS)

*(Séance du 27 Mai 1899.)*

---

### Conclusions du Rapport du Dr H. Colin sur l'Assistance des Aliénés criminels

VOTÉES PAR LA COMMISSION.

---

I. — Il y a lieu de créer un Asile spécial pour les aliénés dits criminels de l'un et de l'autre sexe, où ils seront conduits et retenus par les soins du Ministre de l'intérieur.

II. — L'internement sera prononcé par le tribunal en chambre du Conseil.

III. — Est envoyé devant le tribunal en chambre du Conseil, qui,

après avoir entendu le Procureur de la République, ordonne son inter nement :

1° Tout inculpé de crime ou de délits à déterminer qui, par suite d son état mental, a été reconnu irresponsable, l'objet d'une ordonnanc ou d'un arrêté de non-lieu ;

2° Certains prévenus poursuivis en police correctionnelle, acquitté comme irresponsables à raison de leur état mental ;

3° Tout accusé qui, par suite de son état mental, a été déclaré irresponsable et acquitté par le Conseil de guerre ;

4° Tout accusé traduit en Cour d'assises pour lequel, au cours de débats, la question d'irresponsabilité sera posée. Dans ce cas, la Cou devra ordonner le renvoi de l'accusé devant une Commission d'expertis spéciale composée de médecins et de juristes.

La défense aura le droit de participer à la désignation des experts ;

5° Les individus condamnés, reconnus aliénés pendant la durée d leur peine ;

6° Les aliénés qui, placés dans un Asile, y auront commis un act qualifié crime ou délit contre les personnes.

Les aliénés dont il est question dans les trois paragraphes précédent seront immédiatement renvoyés devant le tribunal en chambre d Conseil, qui statuera dans les conditions prévues plus haut.

Les dispositions précédentes s'appliquent seulement aux individu dangereux à impulsions violentes, à mauvais instincts, dont les act criminels ou les manifestations violentes sont de nature à compromett la sécurité, la décence ou la tranquillité publique (crimes ou déli contre les personnes, incendies, viols, etc., etc.)

La loi nouvelle déterminera la catégorie des crimes et des délits vis plus haut.

IV. — Les médecins chargés du service de l'Asile spécial auro la faculté de proposer à l'autorité compétente le transfèrement dans l Asiles ordinaires de leurs départements des aliénés incurables, inoffe sifs ou devenus inoffensifs, des déments, des paralytiques généraux, et

Les aliénés dits criminels pourront, dans tous les cas, être plac directement dans les Asiles ordinaires par décision judiciaire, apr expertise, comme cela a lieu en Angleterre.

V. — Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu d articles ci-dessus est demandée, le médecin traitant doit déclarer l'intéressé est ou non guéri, et, en cas de guérison, s'il est ou n suspect d'une rechute de nature à compromettre la sécurité, la décen et la tranquillité publique et sa propre sûreté.

La demande et la déclaration susdites sont déférées de droit tribunal, qui statue en chambre du conseil.

VI. — Le médecin traitant pourra proposer au tribunal des so ties conditionnelles, mais l'État conserve, sur le malade sorti ain conditionnellement, un droit et un contrôle effectif, le soumet à d

visites fréquentes et, en cas d'infraction, soit de sa part, soit de la part de ses tuteurs, le reprend et le fait reconduire à l'Asile comme cela se pratique en Angleterre.

VII. — L'Asile spécial devra se composer de pavillons contenant un petit nombre de malades, vingt au maximum en deux quartiers de 10 malades, et aménagés de façon à permettre l'emploi des malades à des travaux industriels.

---

## Annexe n° 2.

### CHAMBRE DES DÉPUTÉS

*(Séance du 24 Décembre 1901.)*

M. Jean Cruppi.....

Quel est aujourd'hui le régime légal de l'aliéné criminel ? Ce régime n'existe pas. Nous sommes le seul pays au monde où les malheureux qui, prévenus d'un crime ou d'un délit ou qui, ayant commis un crime ou un délit, sont reconnus aliénés, ne sont pas l'objet d'une hospitalisation réglée par des textes spéciaux. Il n'y a pas, je le répète, un pays en Europe où la législation soit aussi mauvaise, aussi défectueuse sur ce point qu'en France. A la vérité, nous n'avons à notre disposition aucun texte.....

.....

Nous sommes tous d'avis que la réforme consistera dans la création d'un ou de plusieurs Asiles avec quartiers d'Asiles spéciaux qui ne seront pas des prisons, mais de véritables hospices et aussi des quartiers de sûreté, parce qu'on est dans l'obligation d'interner des aliénés extrêmement dangereux prévenus de crimes ou ayant été condamnés pour crimes. Cette opinion s'impose et elle est partagée, je crois, par la plupart de mes collègues. Nous arriverons donc, avec les crédits nécessaires, à la création et à l'organisation de ces Asiles de sûreté spéciaux.

En attendant, vous possédez un Asile de sûreté, celui de Gaillon.....

Modifiez-le, réformez-le, développez-le, qu'il soit le germe et l'embryon de la réforme plus vaste que nous voulons organiser ; mais ne le supprimez pas.

M. Fernand Dubief..... Oui, je crois qu'il est nécessaire d'avoir des Asiles spéciaux ; mais ces Asiles doivent être des Asiles de sûreté et non pas des Asiles-prisons. Il est monstrueux qu'à notre époque, au commencement du vingtième siècle, on continue à tenir sous le régime de la prison des malades irresponsables. C'est cet état de choses que je demande à la Chambre de faire cesser.....

mer là où elles existent, des conceptions fausses sur la nature de l'aliénation mentale, sur la portée des mesures d'ordre social à prendre à l'égard des aliénés et sur la destination des établissements qui leur sont consacrés.

Un aliéné est un aliéné, un criminel est un criminel ; vérité digne de M. de la Palisse, mais qu'il n'est cependant pas hors de propos de proclamer. Et ce n'est pas parce qu'un aliéné aura pu commettre un acte réputé crime qu'il pourra être, ne fût-ce que dans les mots, assimilé à un criminel. Il lui aura en effet manqué, dans l'accomplissement de son acte, tant au point de vue psychologique qu'au point de vue légal, des éléments qui constituent vraiment le criminel. Ne perdons pas de vue, en effet, ce que la loi dit expressément : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque l'individu, au moment de l'acte, était en état d'aliénation mentale. » (Code Pénal, art. 64.)

Je déplore d'autant plus d'entendre parler d'aliénés criminels, que je suis de ceux qui voient, avec inquiétude, la tendance croissante où l'on est d'assimiler les pratiques à suivre dans l'assistance et la surveillance des aliénés, à celles qui sont de mise avec les délinquants et les criminels. Les procédés que les projets de loi en préparation veulent introduire, par l'intervention de l'autorité judiciaire, pour faire entrer les aliénés dans les Asiles, rendront l'assimilation plus complète encore. Sous couleur de progrès on revient en arrière, on recule jusqu'à des errements qui ont paru autrefois nuisibles ou blâmables, et que, par une singulière illusion, on s'imagine, tout en les reproduisant, blâmer encore.

C'étaient ceux du temps où criminels et aliénés étaient confondus ensemble dans les mêmes geôles, ceux du temps où une loi du 24 vendémiaire an II s'occupait de reléguer dans les maisons de répression les individus en démence, où une circulaire ministérielle du 17 décembre 1804, il y a cent ans, parlait de mettre les furieux dans des lieux de sûreté et de les y retenir en vertu de jugements. On a beaucoup célébré la gloire que Pinel et Esquirol se sont acquise en rendant aux aliénés leur vraie qualité, qui est celle des malades ; mais cet hommage est ici bien platonique. La loi du 30 juin 1838, éminemment bienfaisante, et dont j'entends ne contester en rien les mérites, car il sera difficile de faire mieux, n'a cependant pas, sur ce point, été

aussi loin qu'il aurait fallu ; ses auteurs semblent ne pas l'avoir osé. Ils ont laissé subsister l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés ; ils l'ont laissée, il est vrai, dans une mesure bien faible. Mais si faible qu'elle soit, elle a eu comme conséquence de donner matière à ces enquêtes de police, si déplorables, si mal faites, souvent si nuisibles, et la plupart du temps si profondément inconvenantes, qui accompagnent l'entrée de tout aliéné dans un Asile, et qui, dans la plupart des cas, laissent au public, comme aux magistrats eux-mêmes, l'impression, la conviction que cette entrée est un emprisonnement. Cette impression, faible d'abord, a été peu à peu en s'accentuant. C'est elle qui, par une singulière conception des choses, permet d'écrire, comme le faisait récemment un journal (*Cri de Paris*, 18 juillet 1904), que l'entrée dans un Asile est une incarcération ; que les établissements d'aliénés, publics ou privés, sont des prisons. Aux yeux de bien des gens, les Asiles d'aliénés sont donc des prisons, les individus qu'on y traite sont des prisonniers. Sur la pente où glissent les nouveaux projets de loi on fera perdre encore davantage aux aliénés leur qualité de malades ; par l'intervention de la magistrature dans leur placement, on les fera de plus en plus considérer comme des prisonniers ou des délinquants, et c'est à mon avis faire le jeu de cette déchéance, de ce recul, de ce progrès à rebours, que de parler d'aliénés criminels.

Comment donc faudrait-il désigner les aliénés qui ont fait des actes réputés crimes ou délits ? N'importe quelle expression vaudrait mieux que celle-là, car, comme dit Rabelais, nous sommes tous essentiellement dupes de la piperie des mots et souvent les questions de mots, prenant à nos yeux plus d'importance que les questions de fait, nous font aisément perdre celle-ci de vue. On pourrait ne parler que d'aliénés malfaisants ; cela ne préjugerait absolument rien ; si tant est même qu'il ne serait pas encore plus simple de ne parler que d'aliénés.

Étant donnée cette manière de concevoir les choses, comment pouvons-nous envisager les deux questions principales qui font l'objet de la discussion présente, à savoir :

Faut-il créer des Asiles spéciaux pour les aliénés malfaisants ?

Faut-il faire intervenir l'autorité judiciaire dans les mesures à

prendre relativement à l'entrée et à la permanence du séjour de ces aliénés dans les Asiles ?

M. le Dr Kéraval, dans son rapport, a présenté d'une manière si complète et si claire tout ce qui a été dit récemment sur ces deux questions, qu'il n'y a rien de plus à en dire et qu'il ne reste en quelque sorte qu'à prendre parti ; c'est en m'inspirant des idées générales que je viens d'exprimer tout à l'heure que je me suis fait à moi-même une opinion.

Sur la première question, M. le Dr Kéraval a pris position nette. « Ne faisons pas, dit-il, d'Asiles spéciaux ; bornons-nous à améliorer les Asiles qui existent, à les distribuer mieux, à y mieux séparer les uns des autres les diverses catégories d'aliénés. Si après cela on reconnaît qu'il est encore nécessaire d'avoir un établissement à part pour certains de ces aliénés, alors seulement il pourra être utile d'y avoir recours. »

Cette manière d'envisager les choses me paraît, quant à moi, préférable à toute autre. Les aliénés ne sont tous que des aliénés. Ils le sont de différentes manières, mais ils ne le sont pas à un titre différent les uns des autres. Entre ceux qui ont commis des actes réputés criminels et ceux qui n'en ont pas commis, il n'y a le plus souvent qu'une différence de temps et d'occasion morbide. Celui qui n'a pas encore agi est tout aussi bien que l'autre susceptible de le faire, et si les circonstances s'y prêtent, il agira à son tour ; si bien que, dans le cas où l'on créerait des Asiles spéciaux pour ceux qui ont agi, tous pourraient, de la sorte, peu à peu, être transférés de l'Asile ordinaire dans l'Asile extraordinaire. Pourquoi donc, dès lors, les traiter différemment les uns des autres. Au point de vue nosologique ils ne font qu'un : au point de vue social ils ne doivent faire qu'un également.

Cependant je ne voudrais pas qu'on m'accusât de pousser trop loin les choses. Il y a, je le sais, des aliénés qui habituellement ou temporairement sont plus difficiles, plus désagréables, plus méchants, plus nuisibles que les autres. Qu'on établisse donc, si on le veut, dans la pratique, des quartiers distincts, voire même des pavillons de solitude, non pas pour des catégories d'aliénés, mais pour certains aliénés appartenant aux groupes des persécutés, des persécuteurs, des raisonnants, des épileptiques impulsifs, des imbéciles qui, par leurs agissements, par

leur mauvais esprit, par leur perversité féconde en expédients, peuvent éminemment contribuer à troubler le bon ordre d'un Asile et exercer sur leurs compagnons une mauvaise influence. La présence de ces individus au milieu des autres y amène, soit par imitation, soit par incitation, des tendances qui sans cela n'y existeraient pas. La malfaisance n'est-elle pas éminemment contagieuse ? En somme, comme le dit avec vérité M. le Dr Kéraval, les malades de cette espèce ne sont proportionnellement pas nombreux, et leur nombre relativement petit doit rendre facile de les séparer des autres.

Mais pourquoi séparer de leurs congénères de pauvres diables de paralytiques, des déments, des déprimés de toute sorte qui auront mal agi, non pas en vertu d'une tendance habituelle, mais par suite d'une incitation purement transitoire et dont la nullité mentale ne fait pas d'eux des êtres nuisibles comme ceux dont nous avons parlé précédemment. Qu'on les surveille avec soin, et on annihilera leur aptitude à nuire.

Ce que nous venons de dire des aliénés qui ont mal agi ne peut pas s'appliquer par réciprocité aux criminels proprement dits, qui sont devenus aliénés postérieurement à leur crime, et sans qu'ils fussent le moins du monde en puissance d'aliénation mentale au moment où ils ont commis l'acte criminel. Ces individus, en devenant aliénés, ne cessent pas d'avoir été des criminels ; ils gardent la tare de leur crime ; ils prennent seulement en plus une qualification nouvelle, sans corrélation aucune avec la première. En principe, à cause de cela, ils ne devraient jamais être introduits dans un Asile d'aliénés ordinaires. Outre que leur présence peut être, pour certains aliénés, un objet d'inquiétude et de répulsion, elle vicie la destination de l'Asile qui, à aucun degré, ne doit être transformé en une succursale de la maison de détention. Il est donc naturel qu'on crée pour ces individus des installations particulières où les règles applicables à la maison de détention pourront continuer d'être observées, mais dont les habitants seraient momentanément traités en aliénés plutôt qu'en criminels. Il serait facile, je crois, de faire que les règlements pénitentiaires pussent prévoir à leur situation des adoucissements commandés par leur maladie mentale, comme ils le seraient pour n'importe quelle maladie.

Sur la deuxième question, il semble que l'opinion intime de M. le Dr Kéraval soit également bien nette et tende à repousser l'intervention de l'autorité judiciaire dans le placement et dans la maintenue des aliénés, de quelque catégorie qu'ils soient. Cependant il déclare qu'il tient compte des mouvements d'opinion qui règnent à ce sujet ; il n'ose pas aller à l'encontre et se résigne à accepter, relativement aux aliénés dits criminels, l'intervention du tribunal civil pour les mesures à prendre à leur égard jusqu'à leur sortie de la maison où ils ont été placés. Mais il repousse cette intervention pour les aliénés d'autres catégories, si malfaisants qu'ils soient.

Est-il vraiment sage, dans une question de ce genre, de sacrifier aux exigences de l'opinion publique? Ne devons-nous pas, nous, médecins aliénistes, qui devons par dessus tout avoir souci de ce qui conserve aux aliénés leur qualité de malades, ne devons-nous pas aller à l'encontre de tout ce qui tendrait à leur faire perdre cette qualité. Ils risqueront de la perdre par l'intervention en ce sens de l'autorité judiciaire. Celle-ci ne peut manifester ses décisions que par des jugements ou des arrêts ; en décrétant de cette manière la mise en traitement des aliénés, elle les frappera d'un stigmate équivalent à celui dont elle frappe les coupables de toute nature. On en arrivera à dire : telle personne a été condamnée à l'Asile d'aliénés, et cette sorte de condamnation livrée inévitablement à la publicité, sera une tare de plus infligée à celui qui en aura été l'objet. Croit-on, du reste, que parce qu'on aura transféré des mains de l'autorité administrative aux mains de l'autorité judiciaire les pouvoirs que la première possède actuellement, ils seront mieux exercés ? L'autorité judiciaire aura-t-elle, pour s'éclairer, des moyens dont l'autorité administrative ne puisse disposer? Dans un cas comme dans l'autre les décisions à prendre s'appuieront le plus souvent sur des avis médicaux et le résultat sera le même. Il y aura cependant quelques différences : avec l'autorité judiciaire les décisions à prendre donneront lieu à des formalités plus complexes, à des délais plus longs qu'avec l'autorité administrative ; elles auront, d'autre part, un caractère impersonnel d'absolutisme contre lequel il pourra être aussi difficile d'avoir recours que contre des jugements ayant acquis force de chose jugée ; enfin ces décisions impersonnelles de l'autorité judiciaire aboutiront

à supprimer toutes les responsabilités qui, actuellement, portent sur les administrateurs et sur les médecins des Asiles. Quoi qu'on ait pu dire, l'autorité administrative suffit à sa tâche actuelle ; qu'on la lui laisse donc. Qu'on laisse, de son côté, à l'autorité judiciaire le rôle important qui lui est actuellement dévolu, et qui est une des meilleures sauvegardes de la protection de la liberté des individus, celui d'intervenir chaque fois que cela est utile pour faire sortir d'un Asile l'individu qui s'y trouverait indûment retenu.

En fin de compte, ne donnons pas aux aliénés des qualifications auxquelles ils doivent échapper et qui risquent de leur porter un préjudice immérité ; ne réclamons pour aucun d'entre eux ni des Asiles extraordinaires, ni des mesures de police qui, certainement, ne seraient pas un progrès sur la situation actuelle.

M. PACTET, *Médecin de l'Asile des aliénés de Villejuif (Seine).*

La lecture du rapport de M. Kéraval ne m'a pas rallié aux conclusions qu'en tire son auteur. Je demeure absolument convaincu de l'utilité d'un établissement spécial pour les aliénés criminels et considère sa création comme devant réaliser un nouveau progrès dans l'assistance des aliénés.

Quant à la proposition de subordonner cette fondation à une expérience qui serait faite préalablement dans les asiles remaniés et mieux adaptés à leur destination, elle équivaut, pour moi, à un ajournement indéfini de la réforme. A voir le temps que réclament des modifications insignifiantes au point de vue de la dépense, dans les locaux de nos services, il n'est pas osé de dire, pour qui ne veut pas se bercer d'illusions, qu'un remaniement général des asiles nous entraînerait à quelques siècles d'ici.

Je ne crois pas non plus que l'extension la plus large de l'expertise arrive à supprimer totalement les aliénés qui se trouvent dans les prisons. Évidemment, cette réforme permettrait de diriger directement sur l'asile des aliénés qui, méconnus au moment de leur condamnation, font aujourd'hui un stage plus ou moins prolongé dans les établissements pénitentiaires. Mais, pourquoi ne pas admettre qu'un détenu puisse devenir aliéné au cours de l'accomplissement de sa peine ? Il ne suffit

pas de déclarer qu'il n'existe pas de psychose de la détention pour s'imaginer avoir, par cette affirmation, mis tous les hôtes des maisons centrales à l'abri de la folie.

Mais je n'insiste pas, j'aborde de suite le point sur lequel je me propose de retenir plus particulièrement votre attention. Je voudrais établir qu'il existe une différence réelle entre les aliénés criminels et les aliénés ordinaires, et montrer en quoi consiste cette différence.

J'entends bien que tous les auteurs sont encore loin de tomber d'accord sur cette proposition, mais les divergences d'opinions résultent surtout, selon moi, du fait que chacun s'est placé, pour envisager la question, à un point de vue particulier qui, le plus souvent, n'a qu'un rapport assez éloigné avec elle. L'un déclare : « il n'y a pas de responsabilité ; partant, il n'y a pas pour moi d'aliénés criminels ». Mais c'est un point de vue doctrinal.

Un autre nous dit : « N'envoyez pas dans des asiles spéciaux les aliénés criminels, car c'est jeter ainsi sur eux et leur famille un discrédit immérité ». Ne voilà-t-il pas, au premier chef, une question de sentiment ?

Enfin, il existe encore une troisième conception de l'aliéné qui, pour être très répandue, n'en répond pas davantage à la réalité et que j'appellerais volontiers conception mystico-métaphysique. Ici l'aliéné, du fait de sa maladie, subirait une transformation totale, deviendrait un être nouveau chez qui ne subsisterait pour ainsi dire plus rien des idées, des sentiments, des tendances communes aux autres hommes. Il acquerrait une personnalité nouvelle, absolument intangible, ayant droit au respect, même dans ses manifestations les plus nuisibles.

Il est presque superflu de vous dire que je ne saurais partager aucune de ces conceptions et je crois que si nous voulons arriver à trouver un terrain d'entente, il convient de descendre de ces hauteurs de la doctrine, du sentiment et de la métaphysique pour envisager l'aliéné criminel en lui-même et constater les caractères qui permettent de le différencier des autres malades.

Pour moi, la différence est réelle, considérable, capitale, entre l'aliéné criminel et l'aliéné ordinaire et l'élément de différenciation réside précisément dans la nature de l'acte qu'accomplit l'aliéné criminel.

M. Olivier, cité par M. Kéraval, nous dit que « l'acte criminel

est le moyen variable selon les lieux et les temps *par lequel s'exprime le trouble mental* ». Voilà une opinion que je ne saurais admettre ; l'acte de l'aliéné criminel m'apparaît, non pas comme l'expression d'un trouble mental, mais comme le produit de tendances spéciales, agressives, criminelles, formant le fond même du caractère de l'individu et préexistant au développement de l'aliénation mentale. Et l'existence de ces aptitudes dangereuses chez l'aliéné criminel suffit seule à établir une différence très nette entre lui et les autres aliénés.

Cette façon de voir, c'est peut-être le cas de le rappeler, est en parfait accord avec la loi générale de biologie qui établit que les modifications apportées par la maladie dans tout organisme vivant se traduisent uniquement par des changements dans le dynamisme des phénomènes normaux. La maladie ne crée pas de toutes pièces des éléments nouveaux et, s'il se révèle chez un aliéné des tendances criminelles, celles-ci n'ont pas été créées par l'aliénation mentale ; elles témoignent simplement d'un réveil, à cette occasion, de dispositions spéciales inhérentes à la nature du sujet.

Et si nous voulons nous pénétrer de la réalité de ce fait, prenons deux malades, deux persécutés, par exemple, ayant un délire et des hallucinations analogues, désignant tous deux un persécuteur, et regardons-les réagir. L'un formulera des plaintes incessantes, il se lamentera sur sa situation, il écrira à toutes les autorités, à la rigueur il proférera des menaces, mais jamais nous ne le verrons passer à l'acte. L'autre, au contraire, à brève échéance, tuera son persécuteur. Il y a dissemblance très nette entre ces deux aliénés : l'un déclare de suite la guerre, l'autre, au contraire, a recours à l'arbitrage, et cependant ils sont atteints tous deux de la même maladie. Ce n'est donc pas elle exclusivement qui détermine le mode de réaction.

Il se passe là, en somme, exactement ce qui se produit chez des individus sains, à l'occasion d'un état émotionnel identique ; la réaction est également commandée pour chacun par son tempérament spécial : l'un prendra son revolver et tuera, l'autre s'adressera aux tribunaux.

Il ne faudrait pas croire que la différence entre la psychologie de l'aliéné criminel et celle de l'aliéné ordinaire fut une découverte récente. J. Falret, profond clinicien autant qu'observateur

clairvoyant, l'avait déjà signalée dans une discussion qui eut lieu en 1868, à la Société médico-psychologique, à propos des aliénés dangereux. « Penser une idée et la réaliser, déclarait-il, sont deux choses essentiellement distinctes qui dénotent même deux catégories différentes d'individus et de caractères. »

Cette opinion n'est autre que celle que je viens de développer devant vous. Elle offre l'avantage, remarquons-le de suite, de nous mettre en possession d'une règle générale qui nous permet de déterminer facilement quels seront les aliénés qui devront être placés dans l'établissement spécial. C'était pour plusieurs une vive préoccupation de savoir s'il recevrait par exemple des déments, des paralytiques généraux au même titre que des persécutés ou d'autres malades dangereux. Grâce à cette notion de la préexistence chez l'aliéné criminel de tendances dangereuses qui relèvent plus de son caractère propre que de la maladie, la question se simplifie et l'on conçoit que la sélection devra s'opérer moins d'après la forme de l'affection que d'après la nature des actes accomplis.

Ce principe, une fois posé, que l'aliéné criminel se distingue par certaines particularités, l'utilité d'un asile destiné à son hospitalisation ne peut pas être sérieusement discutée. Tout le monde admet aujourd'hui que le progrès dans l'Assistance des aliénés consiste à classer par catégories les malades qui présentent des caractères communs et à les placer dans des conditions telles que les manifestations de leur activité morbide se trouvent neutralisées, sans que leur liberté soit restreinte au-delà du degré où elle pourrait entraîner de fâcheuses conséquences. Rien n'est défectueux autant que la situation actuelle qui comporte la réunion dans un même établissement, dans un même quartier, d'éléments très disparates pour lesquels les conditions d'existence ne devraient pas être identiques. Elle me remet toujours en mémoire l'époque où, dans les hôpitaux ordinaires, plusieurs malades atteints d'affections diverses étaient soignés côte à côte dans le même lit. Soumettre à un régime uniforme tous les aliénés, sous prétexte qu'en leur qualité d'aliénés ils ont droit au même mode d'assistance, c'est sacrifier aux sonorités du verbe les plus légitimes exigences de la réalité. C'est aller à l'encontre, il faut le dire, parce que c'est l'expression de la vérité, des données les plus précises de l'expérience, c'est

apporter un obstacle insurmontable aussi bien au traitement qu'au bien-être des malades et c'est enfin, en ce qui concerne les aliénés criminels, compromettre, sans bénéfice pour qui que ce soit, la sécurité de ceux au milieu de qui ils vivent et du personnel chargé de leur donner des soins. Ne nous laissons pas conduire par une sentimentalité aveugle ; que la claire notion des véritables intérêts des aliénés soit notre seul guide et, en adoptant cette ligne de conduite, nous suivrons le judicieux conseil que nous donne M. Kéraval, à la fin de son rapport, de rester des médecins.

M. Arnaud cède la présidence à M. Noguès (de Toulouse) pour la suite de la discussion.

M. GIMBAL, *Médecin-Adjoint de l'Asile des aliénés de Prémontré (Aisne).*

Les avis les plus divers, les plus opposés même, ont été émis, quant au choix des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Tandis que d'aucuns ont pensé que les aliénés criminels étaient fort bien dans les Asiles ordinaires, d'autres, au contraire, ont estimé que les aliénés criminels devaient être placés dans des Asiles spéciaux. Je voudrais, Messieurs, démontrer la nécessité qu'il y aurait à réunir, non pas tous les aliénés criminels, mais certains aliénés criminels dans des Asiles spéciaux. Je m'appuyerai, pour cela, sur des faits observés.

Mais, d'abord, je distinguerai entre les aliénés criminels et les criminels aliénés, non pas parce qu'ils diffèrent essentiellement. Les criminels aliénés sont souvent des aliénés méconnus, et le rôle de la prédisposition est autrement considérable que celui de l'incarcération, dans l'éclosion des troubles mentaux. Cependant les criminels aliénés ont leur Asile spécial, Gaillon, les aliénés criminels attendent encore le leur. Les premiers ont été jugés responsables de leur crime, les seconds sont des malades irresponsables.

Les aliénés criminels se recrutent un peu dans toutes les formes de l'aliénation mentale. Il n'y a pas un aliéné criminel ; il y a des aliénés criminels. Je n'en veux pour preuve que la statistique suivante, qui est celle de l'Asile de Prémontré. Sur

1.150 malades, l'on note 40 aliénés criminels, c'est-à-dire 3,47 % d'aliénés criminels.

Ces 40 aliénés criminels se répartissent en onze groupes : Le premier est formé par 9 débiles simples ; le deuxième, par 5 débiles alcooliques chroniques, ayant commis leur acte criminel sous l'influence d'un épisode alcoolique aigu ; le troisième, par 1 débile épileptique, chez lequel l'épilepsie ne peut être incriminée ; le quatrième, par 3 débiles persécutés ; le cinquième, par 3 obsédés ; le sixième, par 4 aliénés criminels, vicieux, pervers ; le septième, par 4 alcooliques chroniques, dont l'acte criminel a été accompli au cours d'une intoxication aigue ; le huitième, par 8 persécutés ; le neuvième, par 1 hystérique ; le dixième, par 1 dément sénile ; le onzième enfin par 1 paralytique général.

Ces 40 aliénés criminels se divisent en deux catégories : la première est composée par 27 malades, calmes, supportables dans un Asile ordinaire, bons travailleurs pour la plupart. La deuxième catégorie comprend 13 aliénés criminels dangereux Ces derniers, en effet, sont violents, querelleurs. Ils frappent leurs voisins, le personnel. Ils essaient de s'évader, et il en est qui, à la suite d'évasions, ont commis de nouveaux crimes. Nous ne nous occuperons que de ces 13 aliénés criminels dangereux, parce qu'ils nécessitent la création d'Asiles spéciaux.

On les remarque surtout dans le groupe des aliénés criminels vicieux, pervers. Tous les 4 aliénés criminels qui constituent ce groupe sont dangereux par la qualité des crimes commis, par leur insoumission au milieu de l'Asile, leur tendance à l'évasion Aussi doit-on prendre comme type d'aliéné criminel dangereux l'aliéné criminel vicieux, doué de perversions instinctives aliéné criminel d'habitude, constitutionnel, porteur le plus souvent de stigmates physiques de dégénérescence, être antisocial, dangereux par essence, d'autant plus que la société est mal armée à son égard.

Après les aliénés criminels pervers, vicieux, les aliénés criminels le plus souvent dangereux sont les persécutés, puis les obsédés, les débiles alcooliques, les débiles délirants, les simples débiles. Les 3 derniers groupes (hystérie, démence sénile, paralysie générale) ainsi que le troisième (débilité men-

tale associée à l'épilepsie) ne renferment pas d'aliénés criminels dangereux.

D'une façon générale, il existe donc un rapport étroit entre la forme d'aliénation mentale dont est atteint tel aliéné criminel et le danger qu'il présente. Mais ce rapport n'est pas absolu. Il est impossible d'estimer, dans tous les cas, le danger d'un aliéné criminel en ne considérant que sa classification mentale. Il faut étudier, en outre, l'acte criminel commis, apprécier la tendance à l'exécution d'actes semblables. C'est là le seul vrai critérium de la virtualité criminelle.

Tous ces aliénés criminels dangereux, à quelque classe qu'ils appartiennent, sont voués par cette tendance aux actes criminels. Il existe chez eux comme une prédisposition criminelle, indépendante de tout état d'aliénation. Avant d'être aliénés, ils étaient déjà violents, querelleurs, batailleurs, ayant toujours la menace et le coup prêts. L'acte criminel était chez eux une réaction habituelle, constitutionnelle patente ou latente. C'est à l'occasion de leur trouble mental que cette prédisposition criminelle s'est révélée ou s'est réveillée, pouvant se manifester dans tout état d'aliénation, se manifestant surtout dans ceux où le jugement, la volonté, le sens moral sont particulièrement atteints.

Ces aliénés criminels dangereux ne doivent pas rester dans les quartiers ordinaires d'un Asile, parce qu'ils sont un danger permanent pour leurs voisins, pour le personnel, et pour la société. Il importe donc de les placer ailleurs.

On a voulu les mettre dans des cellules ordinaires. Ils n'y sont pas à leur place ; ces cellules à tout faire renferment des malades très différents et cette promiscuité est fâcheuse à tous les points de vue.

On a voulu les renfermer dans des quartiers spéciaux de cellules annexés aux Asiles. C'est créer un Asile dans l'Asile, pour une dizaine de malades environ, avec un service spécial.

On a proposé pour eux des quartiers annexés aux prisons. Les aliénés criminels sont avant tout des malades, qui ne doivent pas être assimilés à des prisonniers.

On a demandé enfin le désencombrement. A un point de vue général le désencombrement serait une excellente réforme. Mais, dans l'espèce, il ne pourrait que diminuer dans un Asile le nombre des aliénés criminels dangereux. Il ne les supprimerait pas.

Reste donc l'Asile spécial. Ses adversaires l'ont doté d'inconvénients qu'ils ont peut-être exagéré.

On a dit que les aliénés criminels étant des malades comme les autres, ils devaient être traités dans les Asiles de leur département. Malheureusement, les aliénés criminels ne sont pas des malades comme les autres. Parmi eux, il en est qui sont dangereux et qui, par conséquent, nécessitent des mesures spéciales.

On a dit que les placer dans des Asiles nationaux serait les éloigner de leur famille. Si l'on doit s'intéresser au sort des familles des aliénés criminels dangereux, on doit aussi s'intéresser à celui des familles des autres malades, qui souffrent de cette promiscuité.

On a dit que le nombre des aliénés criminels était trop restreint. D'après les statistiques, incomplètes il est vrai, il est permis d'affirmer que les aliénés criminels dangereux sont assez nombreux pour peupler deux Asiles de 3 à 400 malades chacun. De plus, ces Asiles devraient contenir tous les aliénés dangereux, même non criminels.

On a dit enfin qu'il existerait une tendance fâcheuse à se débarrasser des malades, sitôt qu'ils seraient ennuyeux. En tout cas, il serait facile au médecin de l'Asile spécial de renvoyer de tels malades à l'Asile d'où ils viendraient.

L'Asile spécial présente de sérieux avantages. Avec lui, plus d'évasions et la société est efficacement protégée. Plus de scènes de désordre, de violence dans les Asiles ordinaires. Tous les aliénés criminels dangereux étant réunis, on peut les traiter de même façon rationnelle. Enfin, et surtout, on peut instituer le travail, qui à Gaillon, chez les criminels aliénés, a donné de si bons résultats.

L'Asile de sûreté s'impose parce qu'il offre beaucoup d'avantages, peu d'inconvénients ; on y placera : tous les aliénés criminels qui, à l'Asile ordinaire, seront découverts dangereux ; tous les aliénés dangereux, même non criminels, mais susceptibles de le devenir.

L'entrée et la sortie de tous les aliénés criminels se feront sous la surveillance de l'autorité judiciaire, après consultation du médecin. La sortie sera conditionnelle.

Tandis que l'aliéné criminel non dangereux dans l'Asile ordi-

naire restera dans cet Asile, l'aliéné criminel dangereux passera par deux étapes : dans la première, il entre à l'Asile ordinaire ; dans la deuxième, après avis du médecin de cet Asile qui informe l'autorité judiciaire, cette dernière transfère cet aliéné à l'Asile spécial.

Des faits précédemment énumérés, nous nous croyons autorisés à conclure :

1° Les aliénés criminels forment deux catégories : la première comprenant les aliénés criminels calmes, supportables dans l'Asile ordinaire ; la seconde, moins nombreuse, contient les aliénés criminels dangereux ;

2° Cette seconde catégorie nécessite la création d'Asiles spéciaux de sûreté ;

3° Cet Asile renfermera tous les aliénés dangereux, criminels et autres ;

4° L'entrée ou la sortie de tous les aliénés criminels se fera sous la surveillance de l'autorité judiciaire, après avis du médecin.

M. VALLON, *Médecin de l'Asile Clinique de Paris,* n'est pas partisan d'un asile spécial pour tous les aliénés criminels, mais seulement pour ceux qui troublent constamment la tranquillité des Asiles et nécessitent des mesures de répression en opposition avec la conception moderne de l'asile-hôpital. Un quartier spécial d'hospice suffirait peut-être ; mais à la tête il faudrait placer, non un administrateur, mais un médecin.

M. FERRÉ, *de Pau,* signale un danger dans les mesures que l'on propose à l'égard des aliénés traités à domicile. La déclaration d'aliénation mentale peut, à son avis, présenter de graves inconvénients en cas d'erreur de diagnostic.

M. GIRAUD, *Médecin-directeur de l'Asile des aliénés de St-Yon,* expose qu'il n'y a pas lieu de prendre une mesure générale à l'égard de tous les aliénés délinquants.

Les paralytiques, par exemple, sont bien à leur place à l'Asile, et le nombre des aliénés qu'on ne peut soigner facilement dans l'Asile ordinaire, même quand ils ont commis un crime, est très limité.

Quant aux avantages de l'intervention de la magistrature, ils ne sont pas démontrés.

M. DROUINEAU, *Inspecteur général des Services administratifs au Ministère de l'Intérieur* dit que l'obstacle rencontré pour la construction d'un Asile spécial aux aliénés criminels a été une question financière.

Un vœu du Congrès pourrait être utile à la solution de cette question.

M. P. BROUSSE, *Conseiller général de la Seine, délégué de M. le Préfet de la Seine.*

**Hospitalisation dans la Seine des aliénés dits vicieux.** — La communication que je demande la permission de faire au Congrès a pour objet la fondation par le Conseil Général de la Seine, en annexe de son Asile de Villejuif, d'un quartier spécial destiné à l'hospitalisation des aliénés *dits* « vicieux ».

Tout le monde voit que cette question touche de bien près celle de la création d'Asiles pour aliénés criminels ou pour criminels aliénés. Ce nouveau quartier, d'ailleurs, serait affecté secondairement à l'hospitalisation de ces aliénés qui sont placés d'office dans nos Asiles par l'ordre du Préfet de police. On sait que ces malades sont pour la plupart des personnes qui ont bénéficié d'un non-lieu, en raison de leur état mental, ou des condamnés qui, ayant terminé leur peine, ne sont pas jugés en état d'être remis en liberté.

Malgré cette connexion de la question des aliénés vicieux avec celle des aliénés criminels que discute le Congrès, nous n'avons pas pensé utile d'introduire cet élément nouveau dans la discussion et d'en compliquer nos débats. Mais il nous a paru intéressant d'en faire l'objet d'une brève communication.

Chargé, en 1899, du rapport général du service des aliénés de la Seine, ayant visité de nombreux Asiles en Écosse, j'estimais que de profondes réformes devaient être opérées dans les nôtres. Sur ma proposition, le Conseil Général et le Préfet instituèrent une grande Commission mixte pour étudier et préparer le programme de ces réformes.

Cette Commission mixte fut composée des médecins en chef des Asiles de la Seine, des directeurs, de délégués de la Commission de surveillance, de Conseillers généraux, des représentants des deux préfectures. C'est par elle que, parmi tant d'autres, la question des aliénés « vicieux » fut posée.

Examinée par une Sous-Commission qui se composait de MM. les docteurs Garnier, Legrain, Pactet, Febvre, Toulouse, Antheaume, Colin, Vigouroux, Sérieux, Bouchereau, Briand, Dubuisson, Marie, cette question fut l'objet d'un rapport très complet présenté par M. le docteur Colin, alors médecin de l'infirmerie spéciale de Gaillon, et que la Sous-Commission adopta à l'unanimité dans sa séance du 29 avril 1899.

Voici quelles étaient ces conclusions :

## CONCLUSIONS

**Art. 1er. — Il y a lieu de créer dans le département de la Seine un service spécial pour les aliénés vicieux, désignés par les médecins des Asiles ordinaires.**

**Art. 2. — Ce service, divisé en une section d'hommes et une section de femmes, comprendra des quartiers différenciés selon l'état mental des sujets. Ces quartiers comporteront chacun vingt lits, ainsi que des locaux propres au travail industriel.**

Le rapporteur avait, en effet, montré les inconvénients de la colonisation agricole, toujours préconisée en pareil cas ; il convient d'ajouter que ces travaux industriels se feront non plus dans des ateliers généraux, mais bien dans le service lui-même.

C'est en cet état, avec un projet et un devis, que la question fut présentée à la Commission compétente du Conseil Général de la Seine en août 1901. Pendant deux années, cette Commission envoya des délégués en Allemagne et en Italie et par le rapport tout à fait remarquable de M. le Dr Sérieux, médecin en chef de la Maison de Santé de Ville-Evrard, la création d'une section d'aliénés vicieux dans le département de la Seine fut approuvée par la délégation.

Après le vote de principe de l'Assemblée départementale, l'Administration de la Seine adressa une circulaire aux médecins en chef des Asiles du département de la Seine leur demandant, avec une étude sur le sujet, le nombre approximatif de

leurs malades qui seraient, selon eux, justiciables du nouveau service.

Les médecins consultés se montrèrent tous favorables au projet et indiquèrent le nombre de 100 malades pour les hommes et de 60 malades pour les femmes.

Le projet d'un Asile d'aliénés vicieux, pouvant servir jusqu'au vote d'une loi nouvelle à l'hospitalisation des aliénés criminels et des criminels aliénés, entra dans sa période de réalisation. Un emplacement fut choisi, contigu à l'Asile de Villejuif, et un crédit de 400.000 francs fut voté par le Conseil Général.

La « Commission de surveillance des Asiles publics d'aliénés de la Seine » fut consultée sur le devis du projet et, en suite d'un rapport remarquable de l'un de ses membres, M. Liébaut, le débat s'engagea au fond dans les séances de la Commission des 13 mai 1902 et 27 mai 1902. Et la Commission de surveillance, appelée à se prononcer sur les deux questions suivantes, se prononça, en émettant sur chacune d'elles un avis favorable par 7 voix *pour* et 1 voix *contre* sur les 8 membres présents.

*Première question.* — La Commission estime-t-elle que les renseignements qu'elle avait cru devoir demander, en tant que rentrant au premier chef dans ses attributions, ont écarté suffisamment les préoccupations qui s'étaient fait jour dans sa première séance ?

*Deuxième question.* — En cas d'affirmative, la Commission estime-t-elle que, — conformément aux conclusions de son rapporteur, — il y a lieu d'émettre un avis favorable aux plans présentés pour la construction de la section spéciale ?

Quand j'aurai ajouté que le médecin chef de ce nouveau service est précisément notre éminent confrère M. le Dr Colin qui a obtenu, pour son travail sur la question des aliénés vicieux, sur le rapport de M. le Dr Magnan, le prix Baillarger (Séance du 30 octobre 1900) je crois pouvoir affirmer, devant le Congrès, que la création du quartier spécia de Villejuif a été mûrement préparée, tant au principe même de l'institution que par le choix du personnel médical chargé d'en surveiller l'organisation et d'en assurer ensuite la direction.

Il est intéressant, à cet égard, de noter les appréciations formulées sur le nouveau service par les médecins étrangers. Je

citerai entre autres le docteur Naïcke qui, dans un article du *Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift* (Jahrg. 1904, n° 8, Halle) s'exprime ainsi :

« Je terminais un de mes précédents articles en disant que la » question des aliénés criminels étant réglée, il y aurait lieu » d'étudier un autre problème, à savoir : l'établissement spécial » pour faibles d'esprit.... Or, voici que la question reçoit plus » tôt que je ne pensais ma manière de solution, et cela, en » France...

» ... La France paraît devoir être la première, à l'instigation » de Colin (et c'est son grand mérite), à avoir de tels établisse- » ments de transition, c'est-à-dire des établissements spéciaux » pour les faibles d'esprit de toute sorte, qui oscillent entre la » prison et l'Asile... Attendons et voyons ce que donnera cet » essai. Je ne doute pas de sa réussite... »

Mais une question qui se pose naturellement dans tous les esprits est certainement la suivante : Quels malades faut-il comprendre sous le vocable d'*aliénés vicieux* ?

M. le Dr Colin, dans son rapport présenté à la Commission mixte et accepté par elle, déclare que « il s'agit de fous moraux psychopathes ou aliénés vicieux, criminels-nés, dégénérés à tendances malfaisantes, sujets dont la présence dans les services ordinaires a de graves inconvénients pour ceux qui voient dans les Asiles autre chose qu'une garderie d'incurables, mais qui veulent que ces Asiles soient des hôpitaux ».

Pour M. le Dr Sérieux, médecin en chef de la Maison de santé de Ville-Evrard, rapporteur de la délégation du Conseil Général de la Seine « ces sujets ne sont pas des malades à proprement » parler. C'est là une extension abusive du mot *malades ;* ce » ne sont pas des êtres jusque-là normaux dont un accident » vient troubler le fonctionnement physiologique du cerveau, » accident sur lequel la thérapeutique peut avoir prise ; ce ne » sont pas des malades ; ce sont des « anormaux », des « infir- » mes du cerveau ».

En attendant donc la réforme de la loi de 1838 et quelque texte nouveau d'une loi nouvelle concernant les aliénés criminels et les criminels aliénés, le Conseil Général de la Seine, en usant de son droit strict de classement des malades qui lui sont confiés, va tenter de résoudre par l'expérience la si grosse ques-

tion des aliénés dangereux. Le Conseil Général n'a pas le droit de traiter de criminels des aliénés qui ont bénéficié d'un non-lieu, ou terminé leur peine, mais il a le droit de grouper en un quartier spécial tous ses malades qui lui semblent mériter une surveillance particulière et nécessiter un traitement particulier, en faisant bénéficier ainsi tous ses autres malades d'un traitement plus doux et d'une liberté toujours plus entière.

J'ai pensé, Messieurs, que cette tentative du service des aliénés du département de la Seine était intéressante et qu'elle méritait de faire devant ce Congrès l'objet d'une brève communication.

M. DUPRÉ, *Professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,* apporte l'observation suivante à l'appui des conclusions du rapporteur.

**Examen médico-légal d'un aliéné criminel récidiviste.** — Chargé par le Tribunal d'examiner à Bicêtre un malade, bien connu des aliénistes experts, inspecteurs ou chefs de service de la Seine, et de statuer sur la demande de mise en liberté formée par ce malade, j'ai rédigé un rapport dont je désire rappeler les conclusions au Congrès, à l'occasion de la discussion des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels.

H... est un débile, appartenant à la famille des fous moraux et des persécutés-persécuteurs, c'est-à-dire présentant des lacunes intellectuelles et surtout morales, considérables ; de l'égoïsme et de l'orgueil, et une déviation constitutionnelle des facultés logiques dont l'incessante activité commandée par l'agitation morbide du tempérament, aboutit à des jugements faux et à des actes anti-sociaux.

Il est de plus un homme violent, agressif, que la moindre excitation peut précipiter à l'impulsion homicide. H... est enfin un alcoolique récidiviste qui, sous l'influence d'excès, même légers, de boissons, devient extrêmement dangereux et capable de meurtre. L'homicide est, chez lui, non l'effet direct du délire alcoolique, mais bien le produit de sa constitution psychopathique, surexcitée par l'appoint épisodique du poison.

Si depuis plus d'un an, sous l'influence de l'internement et

de la diète d'alcool, H... est devenu calme et d'apparence pacifique, cette modification dans son attitude ne doit pas en imposer pour un changement dans la constitution psychique du sujet. Celui-ci qui, déjà, à deux reprises, s'est montré capable d'assassinat au milieu des apparences du plus grand calme, est et reste un être dangereux et anti-social. J'émets cette affirmation, non seulement au nom de la notion classique de l'incurabilité de ces états psychopathiques constitutionnels, dont il offre un exemple non seulement au nom de l'étude du passé du malade, mais encore à la suite de l'examen direct d'H... qui nous révèle chez lui la persistance de la fausseté du raisonnement, des perversions morales et des tendances à la violence.

Le malade est en état non de guérison, mais de rémission. Cette rémission prendrait fin à la sortie de l'Asile, car, au dehors, H.... retrouverait vite, dans les difficultés de la vie, dans la boisson, les causes d'excitation qui remettraient en jeu ses aptitudes aux violences agressives et homicides. H... doit être considéré comme un véritable *explosif* qui, mis à l'abri de tout choc, reste silencieux et inoffensif, mais que le premier heurt ferait dangereusement éclater.

Je considère la mise en liberté d'H... comme un danger pour lui et surtout pour la Société. J'estime qu'il est nécessaire de le maintenir enfermé dans un établissement spécial, sans mesure de rigueur inutile, mais sous une surveillance attentive.

A la suite de ce rapport, le malade, maintenu à Bicêtre, a fait, un an après, une tentative d'incendie à l'hospice. Pour ces sujets à criminalité pathologique, aliénés non délirants, mais dégénérés récidivistes de l'alcool et de l'homicide, êtres dangereux et anti-sociaux, s'impose la création des Asiles de sûreté, intermédiaires à l'Asile et à la Prison.

M. Paul GARNIER, *Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police de Paris.* (Note communiquée par M. le Professeur Dupré.) — Je ne surprendrai sans doute personne en venant déclarer que je n'entends pas de la même manière que M. Kéraval la question des aliénés criminels. Depuis vingt ans, en effet, je n'ai cessé d'exprimer à des Congrès, devant des Commissions diverses et dans des livres mon senti-

ment, très nettement en opposition avec les idées émises par le rapporteur.

Ce qui ne saurait m'empêcher de rendre hommage à ses consciencieux efforts pour envisager ce sujet complexe sur toutes ses faces.

Je dois pourtant confesser mon étonnement de n'avoir pas trouvé, dans son travail, si complet par ailleurs, mention des décisions de nos Congrès antérieurs sur ce même problème ; car il s'en faut que ce soit la première fois que la question figure à l'ordre du jour d'assemblées comme celle-ci.

Sous ce rapport, le Congrès, tenu à Paris en 1878, a certainement droit à une citation à part, car il semble manifeste que le projet de loi Th. Roussel, voté par le Sénat, s'en est grandement inspiré. Dans l'ample discussion qui s'y poursuivit, on eut la bonne fortune d'entendre un homme de la haute autorité de M. le Premier Président Barbier.

L'éminent président de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine, avec sa connaissance approfondie des mérites et des lacunes de la loi de 1838, formula et fit voter des conclusions précises en faveur de la création d'Asiles spéciaux pour aliénés criminels. Quelques années plus tard, dans les pages si éloquentes composant la préface qu'il voulut bien écrire pour l'un de mes ouvrages, partiellement consacré à cette étude *(La Folie à Paris)*, il tenait à renouveler l'expression de ce vœu.

Au Congrès international suivant, tenu en 1889 à Paris, la question fut remise sur le tapis, à l'occasion du remarquable rapport de M. Motet sur les dangers que les délirants alcooliques font courir à la Société. Cette fois encore le Congrès, de plus en plus éclairé sur le péril résultant du silence de la Loi de 1838, sur ce point particulier, se rangea à l'avis de l'éminent rapporteur, toujours fort écouté sur ce sujet qu'il connaît mieux que personne, après une pratique médico-légale très étendue.

Enfin, en 1896, à Nancy, notre Congrès annuel vota, *à l'unanimité moins une voix,* les conclusions de mon rapport relatives à la nécessité d'organiser des Asiles spéciaux que depuis vingt ans j'ai pris l'habitude de désigner sous le nom d'*Asile de sûretés.*

J'estime que de telles décisions mériteraient une place de choix dans le travail de M. Kéraval et cependant il ne leur en accorde aucune dans son historique de la question. C'est là une lacune

regrettable et il me semble d'autant plus opportun de la rappeler, que le rapporteur se prononce en sens contraire. Sa conviction se traduit, même, avec l'énergie d'une objurgation. « Ne faites pas d'Asile de sûreté... Restez médecins !... » s'écrie-t-il.

Ce que j'ai dit du passé établit que M. Kéraval nous invite ainsi, d'une façon assez pressante, à nous déjuger. Comme nous sommes persuadés que nous n'avons point cessé d'être médecins, pour avoir émis les votes cités plus haut, et comme nous sommes également convaincus que notre rôle médical ne serait qu'élargi et plus logiquement complet si les mesures que nous demandons étaient adoptées, nous resterons fidèles à nos opinions.

Nous avons d'autant plus de raison de le faire que M. Kéraval ne nous dit point par quels moyens nous nous sortirons des embarras actuels.

Je ne saurai songer à refaire ici une nouvelle énumération des arguments qui militent en faveur de la création d'Asiles spéciaux.

Je répèterai seulement que des nécessités de divers ordres nous obligent à envisager autrement qu'à un point de vue clinique exclusif la question des méfaits accomplis par des aliénés.

Le malade de l'esprit qui commet un crime ne diffère pas d'un autre aliéné, c'est entendu, et il n'est pas moins digne de pitié qu'un autre. Toutefois, cette réserve faite, il faut convenir que, pratiquement, socialement, une place à part lui est acquise de ce fait *surtout en prévision d'une récidive.*

La Société, désarmée, ne peut punir mais elle ne saurait se dispenser de se protéger d'une manière efficace.

Or, on peut affirmer qu'avec la loi de 1838, cette protection est tout à fait insuffisante. Quant à moi, comme médecin de l'Infirmerie spéciale, je puis, chaque jour, me rendre compte de cette insuffisance et comme expert, à tout instant je fais la même constatation.

Si la Société était efficacement protégée, on ne verrait pas défiler incessamment ces quelques centaines d'êtres pervers plus ou moins troublés mentalement suivant la dose d'un appoint alcoolique.

Les uns viennent pour la dixième fois, d'autres pour la vingtième, la quarantième fois ! Ces jours derniers j'avais à statuer sur les

mesures à prendre à l'égard d'un dégénéré alcoolique, qui était admis pour la *quatre-vingt sixième fois à l'Infirmerie.*

Cet individu a été séquestré environ cinquante fois. Que de méfaits, que de violences se placent entre ces innombrables internements !

S'il en est ainsi c'est donc que les médecins sont impuissants à retenir à l'Asile ces êtres malfaisants, dont la rechute à bref délai est inévitable.

Enfin, ne faut-il pas faire cesser ce formidable illogisme qui consiste en ceci : tel individu instable, tantôt plus près de la folie que de la raison, tantôt dans la situation inverse, mais toujours pervers et *dangereux,* ne saurait être à sa place dans un Asile ordinaire.

Renvoyé pour ce fait devant la justice, avec la mention de toutes sortes d'atténuations de responsabilité, les magistrats ne prononcent qu'une peine insignifiante contre cet individu, quand ils ne l'acquittent pas... Et la série des méfaits peut se poursuivre sans de bien sérieuses entraves !

L'excessive sévérité ne serait pas mieux en situation ; elle paraîtrait hors de propos à l'égard d'individus à peu près incapables d'apprécier les conséquences de leurs actions.

Il n'est pas de médecin expert un peu occupé à Paris qui n'ait eu à faire à tout instant la constatation de cette inconséquence de nos moyens de défense.

La clinique médico-légale permet de prendre sur le fait ces individualités douteuses louvoyant sur les frontières de la folie et du crime. Il s'agit là d'un type intermédiaire dans l'échelle des déviations et c'est dans l'*Asile de sûreté,* type intermédiaire entre la prison et l'Asile clinique que de tels individus seront seulement à leur place.

M. RÉGIS *(de Bordeaux).* — M. Kéraval, dans son rapport si documenté et si judicieux, a eu tout spécialement en vue les aliénés dits criminels, acquittés comme irresponsables et les condamnés devenus aliénés en cours de peine. En dehors de ces deux catégories si importantes de sujets, il en est d'autres qui trouveraient leur place naturelle à l'Asile de Gaillon et qu'il conviendrait par suite de mentionner dans les conclusions de cette discussion. Tels les accusés, très nombreux dans la prati-

que, pour lesquels l'expert a conclu à une responsabilité notablement atténuée et qui sont en somme, à des degrés divers, plus des aliénés que des criminels.

M. CROCQ, *de Bruxelles*. — En Belgique, depuis 1873, les aliénés criminels sont placés, de préférence et sans que la loi l'indique formellement, dans les Asiles de Tournai et de Mons. La collocation se fait du reste, ainsi que la sortie, suivant les règles adoptées pour les aliénés ordinaires.

Tous ceux qui, en Belgique, s'occupent de la question, sont unanimes à réclamer la création d'Asiles spéciaux ; les arguments que l'on formule sont les mêmes que ceux que l'on fait valoir en France, et voici que tous ces arguments sont déclarés par nombre d'aliénistes !

On dit que les aliénés criminels ne sont pas plus dangereux ni plus indisciplinés (Christian, Archofenburg, Doutrebente, Kéraval) que les autres ; que tous les aliénés ont la virtuosité du crime (Christian) ; que les familles n'éprouvent aucune répulsion du contact, toujours très restreint, des criminels ; que les malades n'en ressentent aucune action défavorable.

Ces affirmations découlent, du reste, des statistiques si intéressantes dressées par M. Lentz, l'un des partisans les plus convaincus de l'Asile spécial. M. Lentz, qui dirige depuis 1875 l'Asile de Tournai, a soigné 485 aliénés criminels et en a remis 202 en liberté, soit 41,6 pour 100 ; il n'a observé que 50 rechutes ou récidives, soit 13 pour 100, parmi lesquels il y a eu seulement deux tentatives de crime, qui ont du reste avorté. La proportion des aliénés criminels, relativement au nombre des aliénés ordinaires, est de 5 à 8 pour 1.000 ; dans un Asile de 1.000 malades, il y aurait donc de 5 à 8 criminels ; quel désordre pourrait produire un nombre si restreint de sujets reconnus du reste très inoffensifs, à de rares exceptions près ? Combien ne sont pas plus difficiles à manier les nombreux fous moraux, vicieux, etc., qui sont la plaie des Asiles ?

Je concluerai, avec M. Kéraval, que le *statu quo* est la meilleure mesure, puisqu'en Belgique comme en France il y a des Asiles spéciaux d'essai, que l'on y place les aliénés dangereux pour la sécurité des asiles.

En ce qui concerne la collocation, je crois, avec la majorité

des auteurs, qu'elle devrait suivre, comme conclusion logique, la déclaration d'irresponsabilité ; pour la mise en liberté, il serait bon, sans doute, que la déclaration du médecin de l'Asile fut approuvée par le Président du Tribunal de première instance qui possède déjà, dans notre loi, le droit de mettre d'office un aliéné quelconque en liberté (Willemaers).

En cour d'assises, la question de responsabilité devrait être posée au jury ; à l'exemple de ce qui se passe en Autriche, en Angleterre, en Russie, en Italie, la question devrait être divisée comme suit :

1° L'accusé a-t-il commis le crime ?

2° Avait-il la responsabilité de ses actes au moment où il a commis ce crime ?

Le jury, certain que le criminel n'échapperait à la prison que pour être transféré à l'Asile, n'aurait plus aucune arrière-pensée et ne craindrait plus de replacer au milieu de la société un individu malfaisant.

M. A. MARIE, *de Villejuif*. — Les efforts des médecins aliénistes depuis un siècle ont arraché progressivement à la répression des catégories nombreuses d'individus désormais considérés comme malades, et partant irresponsables ; des persécutés, des persécuteurs, des dégénérés, des raisonnants, des processifs, des paralytiques, etc., diagnostiqués à temps, ont ainsi pris la route de l'Asile sans passer par le stigmate du jugement et de la condamnation consécutive.

Cependant, un certain nombre d'individus encore incarcérés pourraient peut-être bénéficier des mesures les faisant passer des prisons aux Asiles, si un examen psychique méthodique était pratiqué dans ces milieux.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu, au cours du siècle, des catégories importantes d'individus passer de la prison à l'Asile : *a)* les uns, avant jugement, lorsqu'un examen médico-légal a permis de faire un diagnostic à temps ; les autres, après jugement et incarcération, la folie étant reconnue après coup ; *b)* une deuxième catégorie comprendrait les individus sains au moment de la condamnation, mais atteints de folie plus tard, alors que les précédents étaient des aliénés condamnés parce

que méconnus par les tribunaux ; *c)* une troisième catégorie de cas pourrait être ajoutée aux précédentes : c'est celle de ces individus qui, placés une première fois à l'Asile, en dehors de tout démêlé avec la justice, y prennent goût, en quelque sorte, à l'Assistance dont ils deviennent parasites inoffensifs parfois, ou le plus souvent corrompus au contact des délinquants classés irresponsables, de qui ils apprennent l'immunité particulière à laquelle ils peuvent prétendre désormais et dont ils peuvent ensuite abuser.

Au point de vue des établissements normaux d'Assistance, le mélange de ces diverses catégories nouvelles d'assistés avec le contingent en vue duquel ils sont fondés, menace de les dénaturer dans leur but d'instruments thérapeutiques et d'hôpitaux de traitement de plus en plus ouverts, c'est pourquoi il y a lieu d'établir un Asile spécial.

M. REY, *Médecin en chef de l'Asile des aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).*

Il est entré à l'Asile d'Aix, de 1893 à 1903, 63 aliénés délinquants, ayant passé par la maison d'arrêt ou la prison ; et sur ce nombre, huit criminels aliénés, dont trois provenant de l'Asile spécial de Gaillon.

On compte actuellement à l'Asile de Marseille, 55 aliénés criminels, 9 criminels aliénés et plusieurs sujets provenant des pénitenciers militaires. Ces derniers avaient pour la plupart subi des condamnations, prononcées par des tribunaux civils, avant leur incorporation dans l'armée. L'Asile de Marseille est particulièrement bien placé pour recueillir cette catégorie d'aliénés, en raison de sa situation dans une grande ville, où la criminalité atteint un chiffre très élevé.

A l'Asile d'Aix, cette population spéciale est principalement fournie par le contingent corse et le contingent algérien indigène.

L'observation journalière de ces cas, dans les deux établissements précités, me permet d'avoir une opinion sur la question qui occupe le Congrès. Il me paraît tout d'abord que l'appellation « aliéné criminel » est sans valeur aucune et ne devrait pas être conservée. Elle indique bien que l'aliéné a été l'objet d'une décision judiciaire ; mais l'intervention du magistrat est bien

souvent due au hasard, et on ne considère pas comme « aliéné criminel » le malade ayant commis les mêmes actes, les mêmes attentats, et qui a bénéficié d'un internement immédiat. Il existe à l'Asile d'Aix une vingtaine de ces privilégiés.

On sait mieux ce qu'on entend par « criminel aliéné ». Mais des erreurs sont possibles, des condamnations ont quelquefois frappé des aliénés, et il est arrivé aussi que les mêmes malades ont été tour à tour « aliénés criminels » et « criminels aliénés », selon les circonstances. Quoiqu'il en soit, dans la pratique, je ne fais entre eux aucune distinction. Les antécédents morbides, les actes ayant motivé l'internement et les manifestations actuelles, règlent ma conduite à leur égard ; en cela je n'agis pas autrement que pour le commun des malades. Je pense, du reste, qu'il en est de même ailleurs. Il y a dans tous les Asiles des aliénés à antécédents judiciaires, employés aux travaux du ménage, et même aux travaux extérieurs, bénéficiant ainsi d'une grande liberté. Les « criminels aliénés » sont généralement plus habiles à préparer des moyens d'évasion ; les « aliénés criminels » sont généralement plus dangereux à cause de la nature et de la persistance des idées délirantes qui les ont poussés au meurtre, à l'incendie, etc. Mais les évadeurs et les violents ne sont pas toujours des délinquants.

Ma conclusion est que, d'une manière générale, les uns et les autres peuvent et doivent être traités dans les Asiles ordinaires ; j'ajoute que je n'ai jamais entendu dire que leur présence, dans le service, ait donné lieu à une manifestation quelconque de la part des malades ou de leurs familles.

Je n'en suis pas moins partisan de la création d'Asiles spéciaux pour certains dégénérés à instincts vicieux et absolument irréductibles. Ces sujets sont heureusement trop peu nombreux dans chacun de nos Asiles pour justifier l'organisation de quartiers de sûreté. On est obligé de les tenir d'une manière permanente, soit en cellule, soit dans les sections d'agités. Ce sont là des conditions d'internement regrettables à ce point de vue surtout que ces sujets accaparent, en quelque sorte, l'attention du personnel de surveillance, au détriment des autres malades. Ces dégénérés sont bien connus de nous tous ; il ne peut y avoir à cet égard ni erreur, ni méprise. L'Asile d'Aix possède à cette heure un type du genre. Je ne donnerai pas ici son obser-

vation complète ; il me suffira d'en détacher quelques particularités :

G..., 22 ans, arrêté pour vol, entre à l'Asile en Juin 1898, venant de la maison d'arrêt, après expertise médico-légale et ordonnance de non-lieu. Le diagnostic est : débilité mentale, dépression mélancolique, idées de persécution alternant avec des accès d'agitation d'une extrême violence. A l'Asile, même conduite qu'à la prison. Il fait sauter les gonds de la porte de sa cellule ; il tord les barreaux de fer ; il brise un poêle en fonte, dont il lance les fragments sur ses gardiens. Il se joue de la surveillance la plus étroite et de tous les moyens de contention. En 1898, il s'est évadé trois fois, en employant les procédés les plus audacieux. Ces évasions ont été suivies de nouveaux délits. En Octobre 1898, il est transféré, sur ma demande, à la sûreté de Bicêtre. Il nous est renvoyé en Juin 1900, à la suite de la désaffectation de ce quartier accompagné du certificat suivant, délivré par le docteur Féré : G..., atteint de dégénérescence mentale, a eu depuis son entrée une attaque hystériforme très violente, mauvais instincts, impulsions, vols, vagabondage ; envoyé à Bicêtre parce qu'on ne pouvait pas le tenir à Aix. S'est montré d'emblée violent et menaçant, promettant la mort à ceux qui sont chargés de le surveiller et de le soigner. Il a frappé et blessé deux malades, le sous-surveillant et trois infirmiers. C'est un homme dangereux ; il a fait plusieurs tentatives d'évasion, il les renouvellera. En raison de ces menaces contre le personnel de Bicêtre, il y aura lieu de signaler son évasion, si elle se réalise, à M. le Préfet de Police.

A l'Asile d'Aix trois nouvelles évasions, dont une particulièrement dramatique. G... se rend une fois dans sa famille, où il se livre à des actes de violence sur sa tante. De 1898 à 1903, ce malade a donné lieu à plus de vingt rapports adressés à l'autorité administrative ou judiciaire. Il a été l'objet de trois expertises ordonnées par le Tribunal ou par l'Administration. Il a reçu plusieurs fois des visites du Parquet général, du Président, du Sous-Préfet, etc. Entre temps, G... écrit des lettres d'injures et de menaces de mort, en prose ou en vers, avec illustrations, à l'adresse de ces mêmes autorités, et aussi à l'adresse des experts. La visite du matin est toujours l'occasion de manifestations des plus violentes et des plus dangereuses pour tout le personnel.

G..., est maintenu en cellule, il sort deux heures par jour dans le préau attenant, sous les yeux de trois gardiens.

Il y a encore à l'Asile d'Aix deux dégénérés délinquants récidivistes, moins dangereux que G..., mais dont la présence a été une cause permanente de désordres graves et de découragement pour le personnel de surveillance. C'est pour de tels sujets que je souhaite la création d'un Asile spécial ; mais j'estime que l'admission dans cet établissement de toute autre catégorie de malades serait de nature à ouvrir la porte à de regrettables abus.

J'ai dit que les criminels devenus aliénés pouvaient et devaient même, dans le plus grand nombre des cas, être traités dans un Asile ordinaire. Je ferai cependant une réserve au sujet des malades qui sont encore soumis à quelques mesures de police, ceux notamment dont la condamnation comporte un arrêté d'interdiction de séjour dans certains départements, et parfois dans leur département d'origine. Il est dit que le jour où ces malades seront rendus à la liberté, on doit leur signifier l'arrêté qui les concerne. C'est l'Administration, je pense, qui est chargée de ce soin. Il se peut que cette formalité ait été négligée au sujet d'un aliéné de la Corse, venu de Gaillon, et sorti sur la demande de sa famille. Quoiqu'il en soit, ce malheureux a été l'objet de nouvelles poursuites pour contravention à l'arrêté d'interdiction de séjour. Il y a là un obstacle à la sortie des malades que nous jugeons en état de reprendre leur place dans la Société ou elle a lieu dans les conditions les moins propres à prévenir une rechute.

C'est pourquoi je proposerai le vœu suivant :

« L'arrêté d'interdiction de séjour qui pèse sur un criminel devenu aliéné sera rapporté à l'expiration de sa peine et avant son transfert dans un Asile ordinaire. »

## RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. KÉRAVAL, *de Ville-Évrard.* — M. le Président vient de nous annoncer que le temps nous était mesuré. Je ne puis donc répondre longuement aux orateurs qui ont pris la parole à propos de mon rapport ou sur mon rapport. Du reste, ils n'ont fait que reproduire les arguments pour ou contre examinés par moi avec le plus de soin possible.

Je crois avoir démontré que les opinions relatives aux mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels sont assez partagées ; elles varient suivant les personnes et les régions.

Aussi ai-je proposé ce que je propose ici une fois encore, l'installation de Gaillon à titre d'expérience sous le couvert pur et simple de la loi de 1838. C'est, à mon avis, un terrain judicieux de conciliation qui, au besoin, pourrait servir d'amorce aux Asiles d'aliénés criminels, si l'utilité en était péremptoirement, dans la suite, démontrée.

En ce qui concerne la surveillance en ville des aliénés traités momentanément chez eux, combattue par M. Ferré, c'est évidemment une mesure qu'il conviendrait au préalable d'étudier mûrement. Toutefois, nous ne pouvons oublier que l'état actuel a donné lieu à bien des histoires tragiques ; vous n'avez certainement pas oublié les récents débats judiciaires relatifs à des aliénés séquestrés et maltraités par leurs propres familles à domicile. Il y a donc, à cet égard, tant dans l'intérêt de la sécurité publique que de l'humanité, un pas à faire.

S'en référant à la pensée exprimée par M. l'Inspecteur général Drouineau que des conclusions sous forme de vœux pourraient sortir utilement des délibérations du Congrès, M. Kéraval rédige une série de propositions dont il donne lecture.

M. le Président en renvoie l'examen à la séance de l'après-midi.

La séance est levée à midi.

# SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(5 AOUT — 2 HEURES)

**Palais d'Hiver. — Salle des Fêtes.**

---

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BRISSAUD.

---

Nomination du Président et du Secrétaire général pour le Congrès de Rennes, en 1906.

M. le Dr GIRAUD, Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de Saint-Yon, est nommé Président.

M. le Dr SIZARET, Médecin en chef de l'Asile des aliénés de Rennes, est nommé Secrétaire général.

---

Le Congrès fait choix des questions et des rapporteurs désignés ci-dessous pour le Congrès de 1906.

1re QUESTION. — **Psychiatrie : De l'Hypochondrie.**

*Rapporteur :* M. le Dr ROY, de Paris.

2e QUESTION. — **Neurologie : Des Névrites ascendantes.**

*Rapporteur :* M. le Dr SICARD, de Paris.

3e QUESTION. — **Thérapeutique : Balnéation dans le traitement des maladies mentales.**

*Rapporteur :* M. le Dr PAILHAS, d'Albi.

M. le Dr GIRAUD remercie le Congrès de l'avoir élu Président.

---

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr ARNAUD (de Vanves), VICE-PRÉSIDENT.

## Suite et fin de la Discussion sur les Mesures à prendre à l'égard des Aliénés Criminels.

Le PRÉSIDENT met aux voix les questions formulées par M. le Dr Kéraval.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Vallon, Drouineau, Doutrebente, Colin, Brissaud, Giraud, Pactet, etc., les vœux suivants sont adoptés par le Congrès :

1re QUESTION. — Le Congrès est d'avis que la création d'Asiles spéciaux pour le traitement des aliénés particulièrement dangereux, s'impose d'urgence. (Adopté à la majorité.)

2e QUESTION. — Le Congrès émet le vœu que l'établissement de Gaillon soit immédiatement utilisé, sous le simple couvert de la loi de 1838, pour les aliénés dangereux dans les Asiles, ainsi que pour les aliénés criminels. (Adopté à la majorité.)

3e QUESTION. — Le Congrès émet le vœu que l'autorité judiciaire intervienne pour l'internement, le maintien et la sortie des aliénés criminels. (Adopté à la majorité.)

4e QUESTION. — Le Congrès est d'avis qu'il soit procédé à la réforme de l'outillage hospitalier des aliénés, comprenant : *a)* le désencombrement des Asiles ; *b)* le système des bâtiments dispersés ; *c)* la réduction du nombre des malades dans les Asiles ; *d)* l'élévation de la proportion du personnel des infirmiers et des médecins. (Adopté à la majorité.)

L'ensemble de ces conclusions est mis aux voix et adopté à la majorité.

# COMMUNICATIONS DIVERSES

M. BRISSAUD, *Médecin de l'Hôtel-Dieu, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,* et Dr BRÉCY, *de Paris.*

**Poliencéphalite supérieure aiguë hémorrhagique.** — Depuis l'article de Gayet dans les Archives de Physiologie en 1875, depuis surtout le travail de Wernicke, en 1880, plusieurs observations d'inflammation aiguë du mésocéphale avec processus hémorrhagique et prédominance des lésions autour de l'aqueduc de Sylvius et des noyaux d'origine de la IIIe paire, ont été publiées par différents auteurs : c'est un cas de ce genre, en somme assez rare, et d'un diagnostic plutôt difficile, qu'il nous a été donné d'observer et qu'il nous a paru intéressant de rapporter :

Mme F..., veuve, âgée de 36 ans, est apportée à l'Hôtel-Dieu, plongée depuis deux jours dans une torpeur très prononcée.

Elle paraît dormir, immobile dans le décubitus dorsal, les yeux fermés par un double ptosis. Quand on fait du bruit, elle s'irrite et interpelle des personnages imaginaires. Il faut insister pour obtenir d'elle une réponse, mais quand on l'interroge à voix forte, elle parle de plus en plus nettement ; elle n'hésite pas dans ses réponses, seulement elle se contredit continuellement. Elle ignore totalement où elle se trouve. Elle se plaint de la tête, d'engourdissement et de douleurs dans le dos et les jambes ; elle s'interrompt pour s'impatienter contre ses paupières qui sont paresseuses et qu'elle essaye de soulever avec ses mains.

Double ptosis, qui aurait débuté par le côté droit ; contractions du frontal énergiques, mais sans effet. Mouvement de défense des paupières quand on veut les ouvrir. Pupilles contractées, mais égales ; myosis persistant au-dessous des paupières ; réaction à la lumière très faible.

Pas de déviation nette de la face ; pourtant la langue est déviée à droite et la malade se mord la langue et les lèvres de ce côté. Elle remue bien les membres supérieurs et serre également des deux côtés ; elle soulève difficilement les jambes qui sont lourdes et douloureuses, les mouvements passifs la font crier. Abolition complète des réflexes patellaires ; pas de signe de Babinski ; réflexes du fascia lata conservés. Sensibilité conservée avec une bonne localisation, mais avec un retard très net. Elle se tient difficilement debout ; il faut la soutenir pour la

faire marcher ; elle ne paraît pas talonner. Pourtant une nuit elle se leva seule et on dut la recoucher.

Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté, un peu douloureux à la pression, mais sans point ovarien. La déglutition est facile. Au début, elle demandait le bassin, sans l'attendre d'ailleurs ; elle devint bientôt entièrement gâteuse.

Pas de fièvre.

Sept jours après son entrée : lipothymie, pouls fort et régulier 128, température 38° 8. Le lendemain : température 39° 6 ; mort subite dans la journée.

Veuve d'alcoolique, elle buvait elle-même jusqu'à quatre litres de vin blanc par jour et plusieurs absinthes et, quatre ans avant, elle aurait fait un séjour à Ste-Anne et à Villejuif. Il y a trois ans, elle aurait été soignée chez Panas, pour une paralysie du nerf optique droit (probablement un ptosis droit), et paraît avoir subi un traitement antisyphilitique. D'ailleurs elle ne présentait aucun signe apparent de spécificité et après une fausse couche remontant à sept ans, elle aurait eu deux enfants bien portants. Elle se croyait persécutée et pensait qu'on la suivait et qu'on l'épiait chez elle. La dernière fois que son père l'avait vue, trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle paraissait en bonne santé ; pourtant elle sentait ses jambes se dérober et parfois tombait. Huit jours avant elle serait tombée dans la rue, mais sans perte de connaissance.

*Autopsie.* — Pas de méningite ; pas de lésion des centres visible extérieurement.

La partie supérieure de la protubérance, la portion inférieure du locus niger, les parois de l'aqueduc de Sylvius et les tubercules quadrijumeaux sont criblés de petits foyers hémorrhagiques, qui paraissent disséminés au hasard. Sur une même préparation, on peut voir tous les degrés : vaisseaux dilatés avec gaines périvasculaires distendues et bourrées de globules sanguins ; vaisseaux et gaines rompues, déversant leur contenu dans les tissus voisins ; amas d'hématies remplissant des cavités creusées en plein tissu nerveux, de volume très variable, mais presque tous microscopiques. Les parois des vaisseaux sont parfois épaissies et infiltrées ; ces lésions sont inconstantes, et paraissent souvent n'occuper qu'une portion de la circonférence du vaisseau.

Les foyers hémorrhagiques sont de plus en plus rares dans les portions inférieures de la protubérance, et dans le bulbe on ne trouve plus que des vaisseaux dilatés.

Les noyaux d'origine des nerfs craniens paraissent intacts, sauf ceux de la III^e paire, dont les cellules situées dans des tissus ramollis et disloqués, sont d'ailleurs difficiles à étudier au milieu des amas d'hématies.

Les coupes de la moelle d'une part, les parois des ventricules latéraux, des circonvolutions frontales du cervelet, d'autre part, ne présentent rien de spécial.

Ce cas est à ranger cliniquement et anatomiquement parmi les poliencéphalites supérieures aiguës hémorrhagiques.

L'alcoolisme, l'absence de fièvre, du moins au début, la torpeur intellectuelle, la terminaison fatale au bout de quelques jours, sont fréquemment signalés dans les observations. Gayet avait été tellement frappé de la somnolence de son malade, qu'il établissait dans son article un rapprochement entre cette affection et la maladie du sommeil. Les troubles ophthalmoplégiques sont constants ; Wernicke pensait même à une maladie idiopathique des noyaux des nerfs moteurs de l'œil. Notre malade présentait un double ptosis et des troubles pupillaires, mais sans déviation des globes oculaires, contrairement à la généralité.

Les lésions, bien qu'ayant toujours leur maximum dans le voisinage de l'aqueduc de Sylvius, présentent une certaine diffusion et, dans nombre de cas, on a signalé la présence de foyers cérébraux ou médullaires. En somme, il s'agit plutôt d'une encéphalite aiguë à foyers multiples, à laquelle la participation de la III^e^ paire, cellules des noyaux ou fibre d'origine, donne une allure clinique un peu spéciale, que d'une affection réellement systématisée comme le nom de poliencéphalite pourrait le faire supposer.

MM. C. PARHON ET J. PAPINIAN, *de Bucharest (Roumanie)*.

**Étude anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue de la topographie des muscles atrophiés et des localisations médullaires.** — Nous avons l'honneur de rapporter brièvement le résultat de l'examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue des rapports existant entre la lésion spinale et la topographie des muscles malades. Il s'agit d'une femme de 82 ans, atteinte avant sa deuxième année d'une paralysie infantile qui s'est limitée au membre inférieur gauche. Le malade succombe à la suite d'une pneumonie.

Voici quel était l'état de ses muscles : Ceux du pied et de la jambe étaient transformés en des masses adipeuses jaunâtres, qui ne rappelaient plus que par leur forme les muscles qu'elles représentaient. Il en était de même pour la plus grande partie du quadriceps crural (le vaste interne était moins atteint), pour

le grand adducteur ainsi que pour le biceps crural. Nous publierons ailleurs l'examen détaillé du cas ainsi que l'étude microscopique de ces muscles. Ceux qui restaient parmi les muscles de la cuisse avaient conservé leur aspect normal. Comment peut-on étiqueter la topographie présentée par l'atrophie musculaire dans ce cas? M. Déjerine soutient qu'elle est toujours radiculaire dans la paralysie infantile. MM. Cestan et Auef ont apporté deux cas tendant à confirmer cette manière de voir. Si on cherche, dans notre cas, par quelles racines sont innervés les muscles atteints on trouve les quatre dernières lombaires et les trois premières sacrées. Mais tous les muscles innervés par ces racines ne sont pas intéressés. Ainsi tandis que pour la deuxième et la troisième racines lombaires les muscles normaux l'emportent sur ceux atrophiés, il arrive le contraire pour les autres racines. On pourrait dans ce cas parler d'une topographie radiculaire, mais *partielle, incomplète* et avec autant de raison d'une topographie nerveuse partielle et mieux encore d'une topographie segmentaire, car *tous* les muscles de deux segments, la jambe et le pied étaient atrophiés. On pourrait admettre une topographie segmentaire, partielle, incomplète, pour la cuisse. Nous n'avons nullement d'ailleurs l'intention de soutenir que dans la poliomyélite antérieure aiguë, la topographie des paralysies et des atrophies est nerveuse ou segmentaire. Mais nous estimons que la théorie de la topographie radiculaire, quoique pas trop éloignée de la vérité, n'est pas, elle non plus, tout à fait satisfaisante pour les raisons suivantes : 1° La paralysie n'intéresse pas toujours *tous* les muscles innervés par une racine du territoire malade ; 2° Elle n'est pas toujours limitée à un territoire radiculaire défini. Il est vrai que ces deux éventualités se rencontrent assez souvent dans les paralysies à tort ou à raison appelées radiculaires ; 3° Il résulte des recherches récentes de M. Marinesco, que les notions de segment et de racine ne sont pas exactement superposables et qu'une seule et même racine tire ses fibres de plusieurs segments (trois). Pour toutes ces raisons nous estimons qu'on exprime mieux la vérité et sans rien préjuger en disant que *la topographie des atrophies dans la paralysie infantile est une topographie spinale*. MM. Duval et Guillain ont soutenu la théorie radiculo-médullaire des paralysies traumatiques des racines du plexus brachial. Quand l'arrachement

intéresse les racines dans la moelle elle-même, il ne nous semblerait pas irraisonné de parler dans ces cas aussi d'une topographie médullaire.

Passons au deuxième point de notre communication. Nous avons trouvé dans la moelle lombo-sacrée (4me lombaire — 3me sacrée), l'absence du groupement postéro-latéral et de celui post-postéro-latéral qui, d'après les recherches de Sano, Van Gehuchten, de Buck, Nelis, Bruce, Marinesco, Parhon et Goldstein innervent les muscles de la jambe et du pied. Notre cas ne fait que confirmer ces recherches. Une constatation digne d'être signalée est l'absence dans le premier segment sacré des deux groupements centraux. Nul doute que ces groupements à ce niveau servent à innerver les muscles postérieurs de la cuisse. Mais parmi ceux-ci, seul le biceps était altéré. Il est logique d'admettre que ces deux groupements centraux sont en rapport avec l'innervation motrice de deux chefs de ce muscle.

Plus haut, dans le cinquième segment lombaire, il n'existe plus qu'un seul groupement central ou, pour mieux dire, on ne trouve plus un dédoublement constant et net de ce groupement. Si l'on se rapporte aux recherches expérimentales de Parhon et Goldstein et, si l'on tient compte en même temps de la conservation du demi-membraneux et du demi-tendineux dans notre cas, on doit admettre qu'à ce niveau le groupement central est en rapport avec l'innervation du demi-membraneux et probablement aussi du demi-tendineux sans être possible pour un moment de faire leur part respective. Le groupement externe et central du quatrième segment lombaire manquaient presque complètement. Si l'on se rapporte aux recherches expérimentales de M. Marinesco, ainsi qu'à celles de M. et Mme Parhon, et si l'on se rappelle l'état des muscles dans ce cas, il faut admettre qu'à ce niveau le premier groupement innerve le quadriceps crural et le second le grand adducteur.

MM. PARHON ET GOLDSTEIN, *de Bucharest (Roumanie).*

**Contribution à l'étude des représentations motrices du membre inférieur dans la moelle épinière de l'homme.** — Nous avons étudié les moelles lombo-sacrées provenant de deux malades dont l'un avait subi l'amputation de la

cuisse vers son milieu d'un côté et presque un an plus tard la désarticulation de la jambe du côté opposé pour une gangrène sénile. Le malade succomba trois semaines après cette dernière opération et nous disséquons la portion de la cuisse que le chirurgien avait respecté. On avait enlevé par l'opération la moitié inférieure des quadriceps, du droit interne et une courte portion du troisième adducteur ainsi que l'extrémité nerveuse du biceps, du demi-tendineux et du demi-membraneux. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un jeune homme qui avait subi, il y a quatre ans, l'amputation de la cuisse vers son milieu. On avait enlevé les mêmes portions des muscles de la cuisse. Dans les deux cas on trouve des lésions manifestes dans le groupement postéro-latéral et dans celui post-postéro-latéral qui s'étendent approximativement, le premier de la partie inférieure du quatrième segment lombaire à la partie supérieure du troisième segment sacré ; le deuxième de la partie inférieure du premier segment sacré à la partie inférieure du troisième segment sacré. Dans le premier de ces cas ces deux groupements sont en réaction d'un côté comme de l'autre. Ces deux cas confirment, ainsi qu'il est facile d'en juger, les résultats antérieurs de Sano, Van Gehuchsten, de Buck, Nelis, Bruce, Marinesco, sur la localisation globale des muscles de la jambe et du pied. Dans ces deux groupements il est facile de distinguer des groupements secondaires qui représentent, ainsi que M. et M^me^ Parhon l'ont montré expérimentalement chez le chien, de véritables *centres musculaires*. Il faut admettre si l'on tient compte de ces recherches ainsi que de celles que nous avons faites et publié dans un travail précédent que : les muscles de la région postérieure de la jambe ont leur centre plus en dedans que ceux de la région antéro-externe et que c'est par ces derniers et, d'une façon plus précise, par le jambier antérieur que commence la représentation motrice de la jambe dans la moelle lombaire. Le centre de l'extenseur commun paraît bientôt ainsi que ceux des muscles postérieurs de la jambe. Parmi ceux de la région antéro-externe les centres des premiers occupent la position la plus inférieure. Le centre des jumeaux est situé plus antérieurement que ceux des fléchisseurs, du tibia postérieur et du plantaire grêle. Ce dernier doit se trouver plus en dedans que ceux des fléchisseurs. Le centre des jumeaux est, parmi tous les centres des muscles de la jambe, celui qui

descend le plus bas dans la moelle sacrée. Pour les muscles de la cuisse nous n'avons trouvé que des lésions peu marquées représentées par des rares cellules en réaction dans le troisième et quatrième segments lombaires, ce qui s'explique par le fait qu'on n'a enlevé de ces muscles que des portions qui comprennent pour la plupart leur extrémité tendineuse. Certains d'entre eux n'ont été même pas touchés. Les altérations si minimes qu'elles soient se trouvent dans les groupements qui, d'après les recherches anatomo-pathologiques de Van Gehuchten et de Neef et surtout d'après les recherches expérimentales de Marinesco, les nôtres, celles de M. et Mme Parhon, correspondent aux muscles de la cuisse. En tenant compte de ces différentes recherches, ainsi que de celles que l'un de nous a faites avec M. Papinian en étudiant la moelle d'un cas de paralysie infantile on doit admettre que : le centre du quadriceps occupe le groupement externe du troisième et du quatrième segment lombaire ; celui du couturier le groupement antéro-externe surtout dans le troisième segment lombaire. C'est de même surtout dans ce segment et dans sa partie centrale que doivent être cherchés les centres du premier et du deuxième adducteur ainsi que celui du droit interne. Celui du grand adducteur occupe le groupement central surtout dans le quatrième segment lombaire. Dans le cinquième le groupement central est en rapport avec le demi-membraneux et probablement aussi avec le demi-tendineux, sans être possible, pour un moment, de faire leur part respective. Dans le premier (et la partie supérieure du deuxième ?) segment sacré, on trouve au centre de la corne deux groupements qui doivent innerver les deux chefs du biceps crural. Contrairement à ce que croit M. de Buck, nous ne sommes nullement disposés à admettre une relation entre le groupement central et les muscles fessiers. Ces derniers d'après les recherches anatomo-pathologiques de Sano et Van Gehuchten et celles expérimentales de M. Marinesco et les nôtres sont innervés par le groupement antéro-externe.

MM. Cestan, Brissaud et Sano prennent part à la discussion, et relèvent l'intérêt présenté par les communications de MM. Parhon, Goldstein et Papinian.

M. E. DUPRÉ, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

**Euphorie délirante des phtisiques. Étude anatomo-clinique.** — L'état mental des tuberculeux a déjà fait l'objet d'études nombreuses, mais presque uniquement cliniques. J'apporte au Congrès l'histoire d'un cas dans lequel l'observation clinique de l'état mental ayant été suivie de l'étude histologique de l'écorce, les relations anatomo-cliniques les plus directes ont pu être établies entre les symptômes et les lésions.

Il s'agit, en résumé, d'un tuberculeux de 33 ans, atteint de phtisie subaiguë, fébrile, avec infiltration bilatérale étendue, et cavernulation rapide des sommets, lésions laryngées, cachexie rapide, etc., mort trois mois après le début des accidents. Durant toute l'évolution de sa maladie, le sujet, homme d'ailleurs cultivé et assez intelligent, a présenté, constamment, et à un degré extrême, les caractères d'ailleurs classiques de la mortalité des phtisiques subaigus : euphorie, optimisme, inconscience de la gravité de sa situation, illusions, projets, espoir ferme d'un avenir facile et heureux, acceptation d'emblée des suggestions rassurantes et des explications quelconques relatives à ses malaises, etc. Cet état d'illusionnisme euphorique se marque, comme on le sait, chez ces malades, par le caractère souriant et parfois joyeux de la conversation, par l'éclat du regard, par une expression particulière de béatitude répandue sur le visage, et l'on a souvent insisté sur le pénible contraste qui existe entre les manifestations de cet état mental et la douloureuse réalité des choses.

Le malade meurt dans un coma asphyxique graduel et rapide. Nécropsie : lésions pulmonaires d'infiltration caséeuse classiques. Foie et reins gras. Rate énorme. Cœur mou et petit. Cerveau 1.220 grammes. Aucune trace de tuberculose méningo-encéphalique.

Léger élargissement des sillons ; ventricules un peu dilatés. Les méninges molles sont manifestement épaissies au niveau des lobes frontaux, sans adhérences, sans lésions tuberculeuses ; l'épaississement prédomine en certains îlots, d'aspect blanchâtre.

L'examen histologique, pratiqué par le professeur Nissl lui-même, révèle les altérations suivantes : Méningite hyperplasti-

que, collogène, simple, ni exsudative, ni inflammatoire, ni spécifique : aucune diapédèse, à peine quelques rares macrophages clairsemés, au milieu de la stratification ondulée des fibrilles pie-mériennes. Légère prolifération de l'endothélium vasculaire, avec pigmentation jaune disséminée autour de certaines cellules de cet endothélium : quelques cellules en bâtonnet (Stäbchenzellen) au voisinage immédiat des capillaires. Prolifération à peine marquée de la névroglie. Lésions profondes et diffuses des cellules nerveuses frontales : disparition du protoplasme avec dégénérescence en anneaux épineux, à la périphérie du corps cellulaire : excentricité du noyau, déformation du nucléole, qui se rapetisse et dont la membrane est plissée. Vacuolisation de certaines cellules pyramidales. Dégénération hyaline de la plupart des capillaires. Dans la substance blanche, lésions de début de putréfaction : lacunes avec dissolution de la substance médullaire, quelques traînées de streptobacilles le long de certains vaisseaux. Les mêmes lésions, mais beaucoup plus discrètes et moins avancées, s'observent dans les régions moyennes et postérieures du cortex. A ce niveau, simple vascularisation de la pie-mère.

Ces lésions, d'ordre toxique, de date récente, nullement subordonnées d'ailleurs, aux altérations vasculaires, qui sont minimes, ni aux lésions méningées, qui sont plus anciennes et d'une autre nature, doivent être dans leur siège cellulaire et leur localisation frontale, rapprochées du syndrome psychopathique offert par le malade et invoquées pour l'expliquer. Elles n'existent pas à ce degré et sous cette forme chez les tuberculeux qui n'ont pas présenté d'état mental particulier (Nissl).

Cet état mental, d'ordre démentiel, se rapproche par ses caractères des manifestations psychiques des cancéreux morphinisés, chez lesquels on peut observer la même euphorie optimiste, le même illusionnisme délirant, grâce aux doses élevées et rapidement croissantes du poison. Cette analogie, entre ces deux états psychopathiques démentiels subaigus chez des cachectiques, est un argument de plus pour rapporter à une intoxication l'euphorie délirante des phtisiques. Cette intoxication a ses facteurs dans les poisons bacillaires, l'insuffisance hépatorénale et l'anoxhémie subaiguë.

Cette observation est intéressante parce qu'elle établit claire-

ment le substratum anatomique de l'état mental si spécial de certains phtisiques dans les lésions destructives des cellules du lobe frontal, et parce qu'elle permet de rapporter ces lésions aux processus de l'intoxication complexe dont l'organisme est le siège dans la phtisie pulmonaire subaiguë.

M. BRISSAUD demande s'il existait des lésions dans le reste de l'encéphale.

M. Ernest DUPRÉ, *de Paris*. — Le processus était bien limité au lobe frontal.

M. CESTAN, *de Toulouse*, rappelle qu'Armand-Delille, avec le poison tuberculeux, n'avait pu reproduire expérimentalement que des lésions conjonctivo-vasculaires et non des lésions cellulaires.

M. ARNAUD, *de Vanves*, demande comment des altérations aussi profondes ont pu ne pas déterminer d'autres troubles intellectuels que l'euphorie.

M. Ernest DUPRÉ, *de Paris*. — Cette euphorie même a un caractère démentiel qui indique un profond désordre psychopathique, et il serait préférable de désigner cet état sous le nom de *démence euphorique* des tuberculeux, par analogie avec celle des paralytiques généraux.

M. H. MABILLE, *Directeur-Médecin de l'Asile de Lafond (Charente-Inférieure)*.

**Traumatisme et délire alcoolique.** — M. Mabille, rappelant les travaux antérieurs de Dupuytren, Leveillé, Lassègue, Mesnet, Voisin, Magnan, Motet, Peronne, Respaut et Gabriel, relate trois cas *de réveil* de délire alcoolique, deux dus à un choc traumatique physique, l'autre attribué à un choc moral.

Chez les trois malades le délire alcoolique ne s'est développé que plusieurs jours après le trauma et la privation de tout liquide alcoolique. Le troisième cas tout particulièrement s'est produit à la prison de La Rochelle chez un buveur de profession *six jours* après l'incarcération.

Tout en admettant que l'organisme s'accommode à l'agent toxique et que cette accommodation puisse être troublée par une cause physique ou morale qui vient rompre l'équilibre physiologique du buveur toujours « *en puissance d'alcoolisme* », M. Mabille estime qu'il faut tenir compte plus qu'on ne le fait d'habitude de la *suppression brusque* des boissons alcooliques chez les buveurs de profession.

Il se produirait dans ce cas un phénomène analogue à celui qu'on observe à la suite de la privation brusque de la morphine, chez les morphinomanes, parfois même du chloral chez ceux qui en font l'abus.

M. Mabille croit qu'il conviendrait, en aliénation mentale, de ne pas trop négliger ce facteur étiologique tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique.

M. Henry MEIGE, *de Paris*.

**Migraine ophtalmique, Hémianopsie et Aphasie transitoires, Hémiface succulente, Photophobie et Tic de clignement.** — A propos d'une malade atteinte de migraine ophtalmique, nous nous sommes attaché à faire l'analyse de certains symptômes « accompagnateurs » de la migraine. Nous voudrions faire ressortir principalement :

1° Des *ressemblances cliniques avec l'hémiplégie progressive*, dont l'angiospasme migraineux peut donner la raison ;

2° L'existence d'un hémiœdème accompagnant une série d'hémiparésies faciales transitoires *(hémiface succulente)*;

3° La présence d'un *mouvement convulsif palpébral*, dont le diagnostic dans le cas présent est particulièrement malaisé, mais qui, pour des raisons purement cliniques, nous paraît pouvoir être considéré, avec plus de vraisemblance, comme un *tic* que comme un spasme ;

4° Des *troubles psychiques*, de nature *obsédante* et *angoissante*, associés à la maladie migraineuse ;

5° Les différences cliniques et pronostiques entre les *tics des jeunes sujets* et les *tics séniles*.

Observation. — Une dame, âgée de 73 ans, nous fut adressée par le Dr Terson, le 24 mai 1904, pour un mouvement convulsif des paupières dont elle était atteinte depuis quatre ans environ.

Voici ce que nous raconta cette dame, lors de sa première visite :

Vers le mois de décembre 1902, elle avait eu une « congestion », sans perte de connaissance, ayant nécessité cependant des soins médicaux, en particulier l'application de sangsues derrière les oreilles. On constata un certain embarras de la parole, un violent mal de tête qui dura un jour environ et fut suivi de somnolence. En interrogeant plus attentivement la malade et sa fille, qui l'accompagne, nous sommes parvenu à savoir que « cette congestion » avait été précédée d'une série d'accidents analogues, ayant débuté peu après la ménopause.

Il y eut ainsi un assez grand nombre de crises de céphalée transitoire, sans perte de connaissance, se reproduisant environ tous les mois, et s'accompagnant tantôt d'un engourdissement du bras droit, tantôt d'un embarras de la parole, tantôt d'une légère parésie faciale, parfois enfin de vertiges, de troubles oculaires, de sensations nauséuses, le tout suivi de violentes envies de dormir.

Dans un second interrogatoire, la malade a mieux précisé encore les caractères de ces accidents. Aucun doute : il s'agit bien de *migraine ophtalmique :* douleurs frontales, dans la région sourcilière, sensations vertigineuses accompagnées parfois de nausées ; puis troubles oculaires ; scotome : la malade voit scintiller devant ses yeux des couleurs vives, comme « une sorte d'étoffe écossaise brillante ». En outre, pendant la plupart des crises, elle ne voit que « la moitié des objets » : hémianopsie migraineuse. Enfin, au même moment, apparaît le trouble de la parole : difficulté à prononcer certains mots, impossibilité de prononcer certains autres, emploi de mots à la place d'autres. Cet état dure quelques heures, pendant que persiste la douleur ; il peut se prolonger quelque temps après.

C'est le tableau complet de la migraine *accompagnée.*

Les crises surviennent d'une façon irrégulière, une ou deux fois par mois ; elles seraient plus fréquentes lorsque la malade est constipée.

Il n'y a jamais eu de paralysie véritable et durable des membres.

Il n'en est pas de même de la face. Au moment des crises, et quelque temps après, la moitié droite du visage reste inerte, immobile. Actuellement, il existe encore une certaine parésie. Fait à signaler : cette hémiparésie faciale est accompagnée d'un empâtement de la région ; cet aspect n'est pas dû uniquement à la flaccidité musculaire et à la disparition des rides, mais bien à un léger degré d'œdème. C'est une sorte d'*hémiface succulente.*

On peut aussi constater un léger embarras de la parole ; mais celui-ci paraît tenir surtout à la parésie et à l'empâtement du côté droit de la face. La langue n'est pas déviée. Les mots sont correctement articulés.

Enfin, il faut ajouter que pendant toute sa jeunesse, et jusqu'à la ménopause, la malade a été sujette à de fréquentes et violentes migraines simples. Sa fille est aussi une grande migraineuse.

La malade a été opérée, il y a seize ans, d'un kyste, probablement sébacé, situé dans la région frontale droite au-dessus du sourcil.

Ni dans son enfance, ni dans sa jeunesse, cette dame n'avait présenté

de mouvements convulsifs du visage. Personne dans son entourage n'est atteint de tics.

Les « mouvements nerveux » des paupières auraient commencé à la suite de la mort de son mari : grand chagrin, nombreuses crises de larmes. A peu près vers la même époque, elle remarqua que le soleil, la vive lumière, la poussière et la chaleur provoquaient des clignements, parfois assez prolongés, des deux paupières, tantôt simultanément, tantôt l'une après l'autre ; les deux étaient atteintes au même degré.

Actuellement, les contractions palpébrales se produisent presque uniquement à l'occasion de la vive lumière. Lorsque la malade est dans son appartement, dans la demi-obscurité qu'elle affectionne, ses yeux ne se ferment pas. Mais dès qu'elle s'expose à la vive lumière, et surtout lorsqu'elle sort, aussitôt ses paupières se contractent et clignent fortement. Il lui arrive ainsi, dit-elle, de ne pouvoir avancer dans la rue, étant obligée d'attendre que les contractions aient cessé. Celles-ci durent parfois une à deux minutes. A ces moments, il lui semble qu'elle ne pourra jamais rouvrir les yeux, et elle fait alors toutes sortes de grimaces pour y parvenir. Puis, les clignements disparaissent, pour se reproduire quelques instants plus tard. Elle n'éprouve cependant aucune douleur, à peine un très léger picotement des yeux.

L'examen oculaire a été pratiqué par le Dr Terson, qui n'a constaté aucune espèce de lésion ; la vue n'est que légèrement affaiblie par l'âge.

Traitement. — Contre un tic de clignement, chez un jeune sujet, une gymnastique palpébrale serait certainement très efficace. Ici, elle aurait moins d'action. Un changement dans l'existence de la malade qui vit seule, en province, évitant de recevoir et de sortir, une vie nouvelle, dans un entourage qui la forcera à se distraire et à circuler, en oubliant ses phobies : voilà la prescription importante.

En outre, valérianate de zinc, 8 centigr. par jour en 4 pilules. A titre psychothérapique, un collyre lui est ordonné. Des laxatifs fréquents seront aussi utiles.

Enfin, contre les accidents migraineux, l'emploi du bromure de potassium, 2 à 4 grammes par jour.

Notre malade a été soumise à ce traitement et, depuis deux mois, les crises migraineuses n'ont pas reparu.

Les clignements sont aussi moins fréquents et moins violents.

***

Le diagnostic de *migraine ophtalmique* ne paraît pas contestable. Nous y reviendrons d'ailleurs dans un instant.

Mais d'abord, que faut-il penser des clignements de paupières au sujet desquels la malade nous fut adressée ?

On est autorisé à les considérer comme indépendants des accidents migraineux. En effet, ils ne se produisent pas seulement au moment des crises, mais aussi pendant leurs intervalles.

De bonnes raisons permettent de croire qu'il s'agit là d'un phénomène convulsif de la famille des tics. Ce tic semble d'ailleurs lié à une *préoccupation nosophobique, photophobie, héliophobie, anémophobie.*

Le mode de début de cet accident, les habitudes d'isolement dans l'obscurité prises par le malade, viennent à l'appui de cette manière de voir. De plus, fait important, lorsqu'elle est distraite, lorsque son attention est tenue en éveil, alors même qu'elle s'expose à la vive lumière, les clignements n'ont pas lieu. D'autre part, un effort de volonté les arrête presque instantanément. Pendant le temps des examens, lorsqu'elle raconte son histoire, aucun clignement. Mais dès qu'on parle de lumière, de soleil, de poussière, les contractions reparaissent. Il existe une relation certaine entre le clignement et la *peur de la lumière* ou du vent. C'est donc bien un tic, né d'une phobie obsédante, et ce tic est devenu lui-même une obsession, car la malade y pense constamment lorsqu'elle est seule et sans distraction.

En somme : *tic de clignements* né d'une *obsession photophobique,* et devenu lui-même obsédant ; il serait difficile de dire aujourd'hui si la malade est plus péniblement impressionnée par la *peur de la lumière* que par la *peur de son clignement,* qu'elle redoute surtout lorsqu'elle sort, étant exposée de ce fait à grimacer, à se heurter, à tomber....

Si tenté que nous soyons d'accepter cette interprétation, qui s'accorde avec ce que nous savons des relations étroites unissant les tics et les obsessions, mises en pleine évidence par les travaux de MM. Pitres et Régis[1], il ne nous est pas possible d'oublier que, dans le cas actuel, le phénomène convulsif se produit chez une malade atteinte de *migraine accompagnée.* Et tout en réservant une part importante au facteur psychique qui contribue dans une large mesure à l'exagération du clignement et surtout des phobies concomitantes, nous devons nous demander si les mêmes causes qui provoquent les troubles accompagnant les crises migraineuses ne peuvent pas être invoquées pour expliquer ce phénomène convulsif.

Il semble hors conteste aujourd'hui que les phénomènes douloureux, vertigineux, nauséeux, l'aphasie, l'hémianopsie, le sco-

1. — Pitres et Régis : *Obsessions et impulsions.*

tome, les ophtalmoplégies, les parésies et les paresthésies de la face et des membres, signalés dans les cas de migraine accompagnée, soient liés à un trouble vasculaire : vaso-dilatations et vaso-constrictions transitoires, capables de produire sur telle ou telle région encéphalique une action irritative ou un déficit nutritif, passagers il est vrai, mais provoquant néanmoins, pendant qu'ils existent, des symptômes comparables à ceux qui relèvent des lésions graves et durables de l'appareil circulatoire de l'encéphale.

« On admet, disait Charcot, que c'est un spasme temporaire des vaisseaux sylviens, avec anémie transitoire de toute la région qui comprend les diverses localisations des quatre éléments du langage et quelques régions sensitives relatives aux bras et à la face et qui sont situées en arrière des circonvolutions ascendantes[1]. »

Le migraineux, atteint pendant quelques heures d'aphasie ou de dysarthrie, se trouverait ainsi, du fait de l'angiospasme qui rétrécit passagèrement le calibre d'une des branches de sa sylvienne, dans les mêmes conditions qu'un sujet dont le même vaisseau aurait été rendu imperméable par une embolie ou une thrombose.

Du siège, de l'étendue, de l'intensité et de la durée du spasme vasculaire dépendent la nature, le nombre, l'intensité et la durée des symptômes « accompagnateurs ».

Notre malade, par les caractères, le nombre et la variété des accidents qui accompagnent ses crises migraineuses, est un exemple très instructif. Entre ces accidents et ceux qui sont la conséquence de petits foyers d'hémorrhagie et surtout de ramollissement, la ressemblance est si grande qu'on a pu prendre une des crises pour un ictus, et qu'on l'a traitée comme une « congestion » par l'application de sangsues sur la région mastoïdienne. L'âge de la malade, son masque peu mobile, la lenteur de ses gestes, sa démarche à petits pas, une attitude un peu « soudée », enfin un certain embarras de la parole rendaient la méprise plus compréhensible encore. Et de fait, notre première impression fut qu'il s'agissait d'une de ces *hémiplégies progressives* des vieillards sur lesquelles M. Brissaud a maintes

1. — Charcot : *Leçons du Mardi*, t. I, p. 27.

fois insisté. La description très précise, et confirmée par un témoin oculaire, des crises migraineuses, a permis de reconnaître la nature des accidents. Mais les détails cliniques que nous venons de signaler ne doivent pas être passés sous silence ; ils ont une importance, non-seulement au point de vue du diagnostic et de la pathogénie, mais aussi pour le pronostic de l'affection.

Les ressemblances cliniques avec l'hémiplégie progressive peuvent donner à penser que les troubles circulatoires, dans certains cas de migraines, se produisent dans la région capsulaire. Et ces angiospasmes passagers risquent de produire des désordres irrémédiables.

« Les spasmes vasculaires, a dit encore Charcot, ne peuvent durer longtemps ; ils sont transitoires, c'est vrai. Mais il n'y a pas un seul des phénomènes de cette migraine qui ne puisse s'établir à l'état permanent, si ce n'est peut-être le scotome scintillant.... Les vaisseaux peuvent finir par s'altérer ; la maladie peut alors rentrer dans la catégorie des affections permanentes.... Voilà comment la migraine ophtalmique peut se transformer en affection organique[1]. »

Et voilà pourquoi le tableau clinique de l'hémiplégie progressive peut être réalisé par de vieux migraineux.

⁂

Parmi les phénomènes qui apparaissent au cours de la crise migraineuse, il en est sur lesquels nous croyons superflu d'insister, tant ils ont été fréquemment signalés : la céphalée supra-orbitaire, l'état nauséeux, vertigineux, et même le scotome scintillant, dont Charcot a donné une description et une reproduction personnelles[2].

D'autres symptômes sont plus rarement observés : la *paralysie faciale*, par exemple. On l'a cependant constatée au cours de certaines crises migraineuses, surtout dans cette variété de migraine, dite *migraine ophtalmoplégique*, où les muscles extrinsèques du globe oculaire sont frappés de paralysies, généralement passagères, mais qui, par leur répétition, deviennent quelquefois permanentes.

1. — Charcot : *Leçons du Mardi*, t. I, p. 27.
2. — *Ibid., Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 70 et suiv.

Demicheri[1] a observé une femme de 64 ans, dont les accès migraineux s'accompagnaient d'une paralysie oculaire alternante, de diplopie, de ptosis, et aussi de paralysie faciale. Rossolimo[2] a rapporté l'observation d'une paralysie faciale accompagnant des crises migraineuses, au moment des règles. La paralysie faciale siègeait tantôt à droite, tantôt à gauche, et était précédée de douleurs auriculaires.

Chez notre malade, la succession des paralysies faciales transitoires a laissé un résidu parétique permanent sur le côté droit du visage ; celui-ci, même dans l'intervalle des crises, se montre certainement moins mobile, moins expressif, que le côté opposé.

Il y a plus. La peau de la moitié droite de la face est le siège d'une infiltration qui rappelle celle qu'on observe souvent à la main des hémiplégiques et qui a été décrite par Marinesco sous le nom de *main succulente*[3]. Semblables infiltrations œdémateuses sont fréquentes dans l'hémiplégie et peuvent siéger aussi bien aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. MM. Lœper et Crouzon en ont publié tout récemment des exemples très démonstratifs[4].

Enfin, sous le nom de *face succulente*, M. Pierre Bonnier a communiqué à la Société de Neurologie de Paris la très intéressante observation[5] d'un malade de 70 ans, atteint de « crises de vertige droit, avec dérobement hémiplégique à droite, chûte à droite, bourdonnement, surdité, névralgie faciale avec douleur vive dans l'oreille et dans l'œil, le tout à droite. Dès sa première crise, il eut une forte ecchymose de l'œil droit. Puis les crises s'établirent assez régulièrement et, il y a deux mois, apparut à la suite d'un ictus plus vif, une *paralysie de la VII^e et de la VI^e paires* du côté droit, avec *poussées congestives douloureuses de la face* et *œdème chaud* de toute la région. Cet œdème, d'abord paroxystique, s'installa définitivement, peu sensible le matin,

1. — Demicheri : Migraine ophtalmoplégique alternante *Clinique ophtalmol.*, 25 septembre 1897.

2. — Rossolimo : Recidivirende facialislahmung bei migrane. *Neurol. Centr. bl.*, 16 août 1901.

3. — Marinesco : *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1897.

4. — Lœper et Crouzon : Hémiœdèmes des hémiplégiques. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, n° 3, 1904.

5. — Pierre Bonnier : *Société de Neurologie*, 4 mai 1904.

extrêmement prononcé le soir, abondant dans les parties déclives de la face qu'il renduit transparentes ». Pour M. Bonnier, tous ces accidents sont l'indice d'un ramollissement bulbaire, intéressant les centres moteurs de l'œil, les centres vaso-moteurs et thermiques.

L'*œdème palpébral* a été noté par Mollendorf[1] dans plusieurs cas de migraine.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer chez deux sujets atteints de *spasme facial* une *succulence faciale* analogue.

Il est hors de doute que les crises migraineuses s'accompagnent fréquemment de troubles vaso-moteurs ou secrétoires. On a parlé de *migraines rouges* et de *migraines blanches* (Eulenburg). On a décrit des crises de larmes et de salivation. On a signalé des troubles pupillaires. Aussi a-t-on pu considérer, non sans de bonnes raisons, que les accidents migraineux pouvaient être d'origine sympathique (Du Bois-Raymond).

Tout aussi bien on peut admettre l'existence d'un trouble circulatoire passager survenant dans la région bulbaire, au voisinage des centres vaso-moteurs et vaso-sécrétoires (Pierre Bonnier).

Quelle que soit d'ailleurs la localisation de l'angiospasme, ce que nous voulons retenir, c'est la constatation de la succulence hémifaciale. Il s'agit, très vraisemblablement, d'un *trophœdème symptomatique* comme on en voit apparaître au cours de certaines affections nerveuses[2].

Et dans le cas présent, il importe de signaler encore une particularité de ce phénomène : il varie sensiblement dans son intensité d'un jour à l'autre. Très apparent lors du premier examen, il s'était notablement atténué un mois plus tard, la malade n'ayant pas eu de nouvelles crises de migraine. Rien d'impossible à ce que, au contraire, à la suite d'accès réitérés l'hémiœdème facial tende à s'installer en permanence.

*
* *

L'*aphasie migraineuse transitoire* a été également bien analysée par Charcot dans sa description de la migraine accompa-

1. — Mollendorf : Ueber Hemicranie. *Virchows Archiv.*, 1876.
2. — Voy. *Iconographie de la Salpêtrière*, n° 6, 1899, 1900, 1901, 1903.

gnée. « Le malade éprouve un engourdissement de la main ; l'engourdissement monte ; il envahit la face ; il occupe la commissure labiale du même côté ; la langue s'engourdit ; au bout d'un certain temps, on veut parler et on ne peut plus ; on ne sait plus.... on dit volontiers « monsieur » pour « madame » ; cependant l'intelligence est à peu près conservée.... » Notre malade nous a décrit les mêmes symptômes.

L'*hémianopsie migraineuse* dont elle est atteinte et qu'elle décrit avec une grande netteté a été souvent signalée. Charcot, Parinaud en ont rapporté des exemples[1]. On connaît également, depuis Piorry, les accidents paresthésiques et parétiques des membres signalés par les migraineux. Charcot avait présenté autrefois, dans ses *Leçons du mardi,* plusieurs malades atteints de migraine accompagnée.

L'un d'eux, un homme de 37 ans (22 novembre 1887), offrait le syndrôme le plus caractéristique de la migraine accompagnée : scotome scintillant typique en « fortifications à la Vauban », céphalée, nausées, hémiopie, embarras de la parole, fourmillements dans les membres supérieurs, ébauche d'épilepsie sensorielle. Une autre malade, une femme de 30 ans, venue à la Salpêtrière le 13 décembre 1887, décrivait nettement l'hémianopsie migraineuse, sans scotome proprement dit, mais accompagnée d'un engourdissement de la main et d'un embarras de la parole.

Flateau[2] a rapporté la très intéressante observation d'un ancien migraineux qui présentait des troubles paresthésiques du bras, de la face et de la langue. A la suite d'une fièvre typhoïde et d'une variole, le malade eut des symptômes de paralysie bulbaire ; à partir de cette époque les migraines s'accompagnèrent de dysphalgie, d'aphasie transitoire (une fois pendant dix jours) et aussi de parésie du bras droit.

Tous ces phénomènes sont aujourd'hui bien connus. Dans

1. — Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, pp. 70 et 39. — Parinaud : *Arch. de Neurol.*, t. V, p. 57. — Voy. aussi J. Putnam : Rapports entre les névralgies du trijumeau et la migraine. *The Journ. of nerv. a. ment. dis.*, mars 1900.

2. — Flateau : Ueber einem bemerkenswerten Fall von Hemicranie. *Centralbl., f. Nervenheilk. u. Psychiatrie*, déc. 1902.

l'étude très documentée que Kovalesky a consacrée à la migraine, les exemples en abondent[1].

*
* *

Mais revenons aux *phénomènes palpébraux* proprement dits.

Il est certain que la plupart des crises migraineuses s'accompagnent de parésies *palpébrales*. Dans les « petites migraines », la *lourdeur des paupières* est toujours signalée. Dans les cas plus sévères, il s'agit d'un véritable *ptosis,* qui, d'abord transitoire, cessant avec l'accès, peut devenir permanent, et même se compliquer d'autres paralysies oculaires, préludant à l'apparition de la *migraine ophtalmoplégique,* bien connue des oculistes.

Lamy a rapporté l'observation d'une femme de 26 ans chez qui les douleurs migraineuses, tantôt à droite, tantôt à gauche, s'accompagnent d'un *ptosis* transitoire. Plus tard, cette femme présenta des symptômes de syphilis cérébrale ; le ptosis devint permanent à droite ; puis survint une paralysie de la VI<sup>e</sup> paire gauche[2].

Le *ptosis* a été signalé aussi par de Lapersonne[3], au cours d'accès migraineux avec vomissements et scotome, chez une femme de 50 ans. Ce ptosis a précédé une paralysie du droit interne qui, d'abord n'existait qu'au moment des crises, puis est devenue permanente. L'ophtalmoplégie externe peut, d'ailleurs, s'accompagner d'ophtalmoplégie interne (mydriase)[4].

D'autre part, Rossolimo, à propos de l'observation citée plus haut, fait remarquer que la mère et la sœur de sa malade présentaient une difficulté à fermer les yeux[5].

Ainsi, des phénomènes parétiques et paralytiques des paupières accompagnent souvent les crises migraineuses.

D'une façon générale, les troubles moteurs de la migraine accompagnée sont surtout paralytiques (parésies ou paralysies de la face), des membres, de la langue, des muscles oculaires,

1. — Kovalesky : *La migraine et son traitement.*

2. — Lamy : Le syndrome migraine ophtalmique comme première manifestation dans un cas de syphilis cérébrale. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux,* 20 décembre 1900.)

3. — De Lapersonne : Migraine ophtalmoplégique. (*Progr. Méd.,* 7 mars 1903.)

4. — Træmner : Ophtalmoplégie interne et migraine ophtalmique. (*Centbl. f. Nervenheilk, u. Psychiatrie,* octobre 1889.)

5. — *Loc. cit.*

ce qui s'accorde avec l'hypothèse d'un déficit vasculaire passager.

On a signalé cependant, quoique très rarement, des phénomènes convulsifs palpébraux (Calmeil, Féré), et même des contractions des muscles de la face, du cou et de l'épaule (Kovalevsky). S'agit-il de *spasmes* provoqués par une irritation passagère du noyau ou du tronc du facial par le trouble circulatoire migraineux ? Où bien faut-il voir là des spasmes réflexes répondant à l'irritation des voies sensitives, comme dans l'affection qualifiée de *tic douloureux* de la face ? Les deux hypothèses sont également plausibles.

Mais ce qui existe surtout dans la migraine, c'est l'*angiospasme,* qui diminue le volume des voies circulatoires et leur rapport sanguin, et dont l'action sur les territoires nerveux est comparable à celle d'un processus ischémique par oblitération. Aussi voit-on prédominer les phénomènes paralytiques.

A la vérité, dès qu'il s'agit de troubles vaso-moteurs, on doit toujours s'attendre à voir alterner la vaso-dilatation avec la vaso-constriction. Et l'on concevrait aisément qu'une vaso-dilatation limitée à un territoire nerveux défini puisse déterminer une irritation passagère se traduisant cliniquement par un phénomène spasmodique. C'est ainsi qu'on a pu voir dans certains cas de migraine accompagnée, quelques troubles moteurs qui pouvaient faire penser à une ébauche de crise jacksonienne. Charcot, en particulier, a fait ressortir les analogies des processus migraineux et jacksoniens. « Mais, comme le dit Hallion, la raison première et même la modalité précise de ce processus vaso-moteur nous demeurent inconnues [1]. »

Cependant, on a été conduit avec raison à établir des liens de parenté entre les états migraineux et les états épileptiques [2].

Selon Féré, on observe chez les migraineux des phénomènes d'épilepsie sensorielle et même motrice. L'accès de migraine comparable en cela à l'accès épileptique, peut être précédé de rêves pénibles, terrifiants. Dans un cas [3] particulièrement inté-

1. — Hallion : Art. *Migraine* in *Manuel de Médecine*, t. IV, p. 484.
2. — R. Lambranzi : Stati di emicrania in epilettici. (*Ref. Med.*, 9, 11 juin 1900.)
3. — Féré : Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique. (*Revue de Médecine*, décembre 1881.) — Les rêves précurseurs de la migraine ophtalmique. (*Revue de Médecine*, février 1903.)

ressant, Féré a noté que chez un malade qui rêvait d'incendie et voyait le feu à sa droite, le lendemain s'était produit un scotome scintillant du même côté. De ces *rêves hémianopsiques* dans l'épilepsie, qu'on peut rapprocher des *hallucinations hémianopsiques* signalés par Lamy, il n'est pas sans intérêt de rapprocher également l'*hémianopsie migraineuse*[1].

En présence du mouvement convulsif des paupières présenté par notre malade, ces remarques s'imposaient. Cependant le diagnostic de *spasme palpébral* nous paraît devoir être écarté. Les caractères objectifs des contractions des paupières, leur bilatéralité, l'action frénatrice des efforts de volonté, d'attention et de la distraction, l'apparition de ces accidents dans des circonstances presque toujours identiques (vive lumière, sortie au dehors) et surtout leur persistance en dehors des crises migraineuses, toutes ces particularités n'appartiennent guère au spasme qui, lui, se produit sans cause, à n'importe quel moment, et dont les efforts de volonté ou la distraction ne parviennent pas à refréner l'explosion irrésistible.

Et ainsi nous nous trouvons ramené à notre point de départ, et conduit à admettre que les contractions palpébrales convulsives de notre malade sont, non pas un spasme, mais un *tic*. La phobie de la lumière, de la poussière et du vent, représente le facteur mental qui a contribué à engendrer le trouble moteur. Ce tic de clignement, né d'une peur obsédante de la lumière, est devenu à son tour un tic obsédant.

*
* *

La coexistence de *troubles psychiques* avec la migraine ophtalmique n'est d'ailleurs pas une nouveauté.

Charcot, Brissaud ont montré que, dans certains cas, le syndrome de la migraine ophtalmique pouvait être le prélude d'une périencéphalite diffuse.

Mangazzini a même défendu l'existence d'une *psychose hémicranique,* dont l'autonomie est combattue par von Kraft-Ebing[2].

1. — Cornu : Contribution à l'étude des migraines et de leurs rapports avec les états épileptiques délirants. (*Thèse de Lyon,* 1902.)

2. — Von Kraft-Ebing : Ueber Migränepsychosen. (*Jahrb. f. Psy. u. Neurol.,* p. 38.)

Pour Möbius, la migraine doit être rangée parmi les manifestations de la dégénérescence.

On admet sans difficulté qu'un trouble circulatoire encéphalique capable de produire tous les désordres sensoriels et moteurs qui font cortège à la migraine, puisse déterminer également des désordres psychiques, transitoires d'abord, et qui, par leur répétition, peuvent devenir définitifs. Mais est-il nécessaire d'invoquer une psychose migraineuse spécifique ?

En tout cas, les phénomènes obsédants que notre malade présente s'observent chez des sujets qui ne sont pas et n'ont jamais été des migraineux. D'ailleurs, ils persistent ici en dehors des accès. Comme le tic de clignement dont ils sont vraisemblablement la cause, ces troubles psychiques ne sont pas nécessairement subordonnés à la migraine.

On décrit communément la *photophobie dans la migraine*, et avec raison. Si l'on entend par là que le sujet éprouve une sensation pénible à regarder la vive lumière, ce phénomène est presque constant. Mais il ne s'agit que rarement d'une *phobie*, au sens psychiatrique du mot. La crise terminée, le malade ne souffre plus des impressions lumineuses ; il n'y songe même point. Dans notre cas, au contraire, la sensation pénible provoquée par la lumière au moment de la crise s'est compliquée d'une véritable *phobie*, qui persiste en dehors des accès, même sans cause, dans l'obscurité. Les crises de migraine ont été sans doute la cause première de cette idée obsédante, dans laquelle la *peur de la lumière* s'aggrave de la *peur de la migraine*, de la *peur de tomber*, etc.

Ces phobies, dont on a souvent signalé des exemples chez les migraineux, s'accompagnent parfois de phénomènes angoissants. De fait, notre malade n'est pas seulement *anxieuse* de sortir au grand jour, elle éprouve une *angoisse* véritable, avec gêne respiratoire, oppression, tremblement de tout le corps, et une sorte de « malaise indéfinissable ». La distinction entre l'*angoisse* et l'*anxiété*, sur laquelle M. Brissaud a insisté avec raison, est ici très difficile à établir. Est-ce un trouble bulbaire ? Est-ce un trouble cortical ? Et lequel des deux commande l'autre ? Cependant, comme chez notre malade ce trouble survient, non pas brusquement, spontanément, mais généralement à l'occasion de l'idée d'être exposée à la vive lumière, comme il cesse si la

malade est distraite, occupée, on peut admettre que chez elle il a le plus souvent une origine corticale.

***

Une dernière remarque.

Si nous croyons bien pouvoir qualifier de *tics* les contractions palpébrales dans le cas présent, nous tenons à faire observer que ces accidents sont survenus tardivement chez un sujet âgé.

Il importe, en effet, tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue pronostique, d'établir une distinction entre les tics qui apparaissent dès l'enfance ou l'adolescence et ceux qui surviennent sur le tard, chez des sujets exempts jusqu'alors de tout « mouvement nerveux ». Les premiers sont généralement plus variables, moins tenaces ; ils cèdent facilement à un traitement approprié, ou même simplement devant une surveillance attentive.

Les seconds, au contraire, les *tics séniles,* sont beaucoup plus stables et résistants. Les efforts correcteurs réussissent à les amender, parfois considérablement ; mais leur disparition reste plus problématique. Plus facilement, ils prennent le caractère obsédant.

Nous avons déjà eu souvent l'occasion de montrer que chez les jeunes tiqueurs on retrouve toujours un certain degré d'*infantilisme mental,* et que cet infantilisme mental joue un rôle capital dans la genèse des tics. Cependant, par une éducation méthodiquement dirigée, on parvient à corriger progressivement les mauvais effets de cette disposition psychique congénitale : une bonne discipline psycho-motrice rétablit peu à peu l'habitude du contrôle des actes moteurs.

Chez ceux qui, au contraire, se mettent à tiquer sur le tard, on constate, non pas ce développement psychique incomplet et dysharmonique qui est le propre de l'infantilisme mental, mais bien une *déchéance* psychique qui, souvent, se traduit par ce que M. Ernest Dupré a si justement appelé le *puérilisme mental.*

Évolution psychique incomplète chez les uns, régression psychique chez les autres, les deux processus aboutissent sans doute l'un et l'autre à un état d'amoindrissement mental. Mais, tandis que l'*infantile mental* est susceptible de perfectionnement, le *puéril mental* tend, au contraire, vers une déchéance

progressive. Chez ce dernier, le contrôle cortical va faiblissant; les efforts éducateurs s'adressent à des organes en voie de régression. Enfin, il est certain qu'au point de vue clinique, les tics séniles offrent plus d'analogies apparentes avec les accidents spasmodiques imputables à une lésion irritative des centres ou des conducteurs nerveux. L'infériorité organique de ces derniers, leur nutrition plus défectueuse chez les vieillards, permet encore d'entrevoir la raison de ces différences objectives. Et il n'est pas douteux que l'angiospasme migraineux favorise peu à peu cette action désorganisatrice.

Aussi le pronostic des tics séniles doit-il toujours être réservé, surtout chez les vieux migraineux.

M. CABANES, *de Bordeaux,* rappelle qu'il existe de faux glaucomes en relation avec la migraine ophtalmique.

M. PITRES, *de Bordeaux,* fait remarquer qu'il est bien difficile d'admettre une distinction entre les tics et les spasmes basée sur la pathogénie. On tend à donner à l'anatomie pathologique une place prépondérante dans le diagnostic ; cette tendance est surtout fâcheuse lorsqu'il s'agit de phénomènes dont on ne connaît pas le substratum anatomique. C'est à la clinique, au contraire, qu'il faut s'adresser, si l'on veut étudier les mouvements convulsifs.

On ne peut nier que dans la genèse des tics, l'imitation joue souvent un rôle capital. Ceci n'est guère en faveur de l'origine corticale de tous ces accidents.

L'existence de tics chez les animaux vient encore à l'appui de cette manière de voir.

M. Ernest DUPRÉ, *de Paris,* ne conçoit pas l'imitation sans une intervention corticale.

M. Henry MEIGE, *de Paris.* — Avec M. Pitres, je suis entièrement d'accord pour n'étayer que sur des données cliniques les distinctions entre les différents mouvements nerveux du visage ou du corps. Nous serions fort embarrassés d'ailleurs pour procéder autrement, l'anatomie pathologique étant presque muette à cet égard. Et je tiens à répéter une fois encore que notre distinction entre les tics et les spasmes est basée sur l'*examen*

*objectif* des troubles moteurs, sur leur localisation, leur forme, leur évolution, et la constatation d'une série de symptômes concomitants. Avec ces éléments de diagnostic, nous croyons cette distinction possible, *cliniquement* parlant.

Bien entendu, ici, comme dans la pathologie tout entière, on rencontre parfois des cas difficiles devant lesquels le diagnostic reste plus ou moins longtemps en suspens. C'est précisément un cas de ce genre que je viens de communiquer au Congrès. Mais les formes franches sont fréquentes ; j'en ai rapporté des exemples l'an dernier au Congrès de Bruxelles, et M. E. Dupré également. J'en ai vu d'autres depuis lors et je reste fermement convaincu que le spasme facial est un accident morbide qui, dans la majorité des cas, peut être différencié des tics de la face, et cela *cliniquement, objectivement.*

Pour ce qui est des tics des animaux, je crois que la plupart des accidents désignés sous ce nom sont parfaitement comparables aux tics humains. Les recherches très consciencieuses que MM. Rudler et Chomel ont entreprises sur les tics des chevaux, à la suite de nos études sur les tics de l'homme, nous ont fait connaître de très intéressantes similitudes. Quelque rudimentaires que soient les fonctions corticales du cheval, on ne peut nier leur existence. Si téméraire que l'on paraisse en parlant du « psychisme » d'un animal, on est bien obligé de reconnaître que les animaux sont capables de volonté, d'attention, de mémoire, d'affectivité, etc. Ils sont aussi capables d'*habitudes,* et de mauvaises habitudes. L'observation démontre que ces « facultés » sont variables suivant les individus. Elles peuvent même subir des perturbations analogues à celles qui s'observent chez l'homme. Et précisément, les chevaux tiqueurs présentent des impulsivités, des rétivités, des peurs, bref un certain déséquilibre comparable à celui des déséquilibrés humains où se recrutent les tiqueurs. Bien plus, dans une nouvelle étude que MM. Rudler et Chomel m'ont prié de communiquer au Congrès, ces auteurs apportent des faits dignes d'intérêt, montrant qu'il existe chez les chevaux, et chez les chevaux tiqueurs en particulier, de véritables stigmates morphologiques, physiologiques et psychiques, comparables à ceux qu'on a décrits chez les dégénérés humains. Ce sont là des signes cliniques qui ne peuvent pas être négligés. Il y a donc tout lieu de croire que les tics des animaux sont assimilables aux tics de l'homme.

M. BRISSAUD, *de Paris.* — Moins que personne, mon ami M. Pitres ne peut méconnaître le rôle capital que jouent les troubles psychiques dans la genèse de certains troubles moteurs ; car, mieux que personne, il a mis ce rôle en évidence dans l'excellent livre qu'il a publié, il y a deux ans, avec M. Régis, sur les *Obsessions* et les *Impulsions*.

Mieux que personne il connaît ces gestes, ces grimaces, impulsions ou obsessions motrices, de siège et de forme essentiellement variables, suivant les sujets et suivant les caprices de leur psycho-névrose. Et il sait les différencier des secousses convulsives que provoque l'excitation d'un nerf, moteur ou sensitif. Celles-ci restent cantonnées dans une région anatomique précise et elles se manifestent avec les mêmes caractères objectifs quand l'excitation provient d'une cause pathologique ou lorsqu'elle résulte d'une intervention expérimentale. On voit alors se contracter, comme sous l'action d'un électrode, des muscles ou des fragments de muscles que nul commandement cortical ne saurait faire agir isolément. Et l'on voit aussi des associations de contractions musculaires qui correspondent très exactement aux muscles innervés par le nerf irrité, mais qui ne répondent à aucun acte fonctionnel connu.

Dans le spasme facial total, par exemple, nous avons vu le plus souvent des secousses convulsives d'une moitié du voile du palais et un déplacement de la luette du même côté. Les individus les mieux doués ne sont pas, que je sache, capables de contracter un seul de leurs palato-staphylins. La distribution anatomique du facial explique, au contraire, ce phénomène conforme à ce que nous savons des processus réflexes en physiologie.

M. FERNAND RUDLER, *Médecin-major de 2me classe à Belfort*, ET M. C. CHOMEL, *Vétérinaire en 1er*.

**Des stigmates physiques, physiologiques et psychiques de la dégénérescence chez l'animal, en particulier chez le cheval**[1]. — ÉTUDE CLINIQUE. — *L'hérédité morbide ou pathologique* est envisagée, en médecine humaine, par Morel

1. — Cette étude clinique fait partie d'un travail d'ensemble sur la « Dégénérescence chez l'animal » qui comprend d'autres chapitres sur l'*Hérédité normale et morbide*, les *facultés intellectuelles* et la *dégénérescence expérimentale* chez les animaux. (*Répert. Méd. Vétérin.*, juillet, août, septembre, octobre 1904.)

et par Mágnan, sous le nom de *dégénérescence*[1]. Des *stigmates physiques et psychiques* constituent les signes distinctifs de cette dégénérescence. Abstraction faite de toute considération doctrinale, ces stigmates ont certainement une valeur diagnostique, aussi bien en pathologie mentale qu'en médecine légale.

Ils se traduisent par une dysharmonie morphologique ou mentale, par des anomalies physiques ou psychiques, qui semblent commandées par des déviations embryogéniques ou des troubles du développement de l'individu.

Les causes principales de la dégénérescence chez l'homme sont, les unes *pathologiques* (maladies nerveuses et mentales ; intoxications diverses, alcoolisme, syphilis, saturnisme ; infections, tuberculose, affections microbiennes) ; les autres, *climatologiques* (nourriture défectueuse, influences de milieu, air vicié, etc.); les troisièmes, *sociologiques* (consanguinité, misère, débauche, etc.).

Au nombre des *stigmates physiques* de la dégénérescence figurent, au premier titre, les anomalies de forme et de volume du crâne et de la face (asymétries osseuses), le prognathisme, les malformations des oreilles, les difformités des membres, les doigts supplémentaires, etc.... Parmi les *tares psychiques,* on est convenu de classer les anomalies de l'intelligence, du caractère et du sens moral, ainsi que certains désordres fonctionnels, (*stigmates physiologiques de dégénérescence*[2]).

Les recherches que nous avons entreprises sur les tics et les stéréotypies des équidés[3] nous ont révélé l'existence, chez le cheval, de stigmates physiques et psychiques absolument identiques à ceux de l'espèce humaine, et nous ont suggéré l'idée de

1. — V. Morel : *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine,* 1847. — Magnan : *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* 1882-1891. — Magnan et Legrain : *Les dégénérés,* biblioth. Charcot-Debove, 1895. — Jules Voisin : *L'idiotie : hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot,* 1893.

2. — J. Séglas : In Séméiol. des affections mentales, G. Ballet, p. 104 et suiv. — L. Mayet : Les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence et les pseudo-stigmates anat. et physiol. de la criminalité. (*Th. de Lyon,* 1902), Storck, édit.

3. — Fernand Rudler et C. Chomel : Le tic de l'ours chez le cheval et les tics d'imitation chez l'homme. (*Revue neurol.,* 15 juin 1903, et *Bulletin de la Société centrale de méd. vétérinaire,* octobre 1903. — Tics et stéréotypies de léchage chez l'homme et chez le cheval. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière,* n° 6, 1903.) Congrès de Bruxelles, 1903.

tenter une étude d'ensemble des *stigmates de l'hérédité morbide de l'animal,* et plus spécialement du cheval. Nous n'envisageons, dans ce travail, que l'*étude clinique* de ces stigmates et nous exposerons successivement les malformations physiques, les symptômes somatiques ou stigmates physiologiques et les troubles psychiques de la dégénérescence.

Nous avons emprunté à M. J. Séglas la méthode descriptive adoptée par cet auteur dans sa « Séméiologie des affections mentales [1] »).

Cet emprunt paraîtra d'autant plus justifié que cette étude, absolument originale, doit être considérée comme le premier essai d'une séméiologie des affections mentales du cheval », et qu'elle complètera le remarquable chapitre de médecine vétérinaire de M. Cadéac sur la séméiologie du système nerveux des animaux [2].

## — I —

### SIGNES MORPHOLOGIQUES OU STIGMATES PHYSIQUES DE DÉGÉNÉRESCENCE

Les *malformations physiques* sont, chez l'homme, « comme la révélation extérieure du développement défectueux de l'organisme » (Magnan).

Il en est de même pour l'animal, en particulier pour le cheval.

La médecine vétérinaire offre un champ très étendu et des documents très variés pour l'étude des malformations physiques et de la physionomie animale (Ouvrages d'*Extérieur* et traités d'*Hippologie).* Il y a lieu d'envisager avec M. J. Séglas, dans l'examen morphologique, *les caractères descriptifs* ou recherche des anomalies, d'une part, et les *mensurations, examen hippométrique* dans l'espèce, basées sur l'anatomie de la mesure.

Les premiers principes d'esthétique animale, dont l'origine paraît remonter à l'école de Pithagore, ont été formulés par

1. — J. Séglas : *De l'examen morphologique chez les aliénés et les idiots.* Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Salpêtrière, 1887-94, recueillies et publiées par le Dr Henry Meige. Asselin-Houzeau, 1895, p. 683 et suiv.

2. — Cadéac : *Encyclop. Séméiol.,* t. II.

Simon d'Athènes, Xénophon et Galien. Depuis les « Éléments d'Hippiatrique » de Bourgelat (1751), les recherches sur les formes extérieures du cheval et l'étude de la mécanique animale se sont multipliées et perfectionnées. — Dans le même ordre d'idées on peut citer, en médecine humaine, les observations de Palémon, d'Adamantius, le traité des *Caractères* de Théophraste, les quatre livres du Physicien Porta sur la physionomie humaine, les travaux de Cuvier, de Camper, le traité de physiognomonie de Lavater, les recherches de Gall [1].

L'étude des mensurations crâniennes, faciales et corporelles, n'est pas nouvelle en médecine vétérinaire, où la crâniométrie a été introduite par Sanson ; elle est longuement développée dans le magistral traité de Zootechnie générale de Cornevin [2].

Mais les malformations physiques, reconnues par l'examen direct ou par l'hippométrie, n'ont jamais été considérées comme des stigmates de dégénérescence. Aussi, ces études sont-elles restées purement théoriques. Et tandis qu'en médecine humaine la connaissance des stigmates physiques de l'hérédité morbide prenait une importance pratique considérable du fait de l'identité de ces signes anatomiques avec les « pseudostigmates anatomiques de la criminalité » (*Th. de Lyon,* Mayet) décrits par Lombroso et l'école italienne, les études vétérinaires sur l'*Extérieur* restaient, au contraire, exclusivement descriptives et spéculatives. Nous essaierons d'établir que ces malformations, qui s'accompagnent le plus souvent de symptômes somatiques et psychiques, ont une signification pratique en hippologie et en zootechnie, et que, tout aussi bien que l'aérophagie dans le tic, elles peuvent constituer un *vice rédhibitoire.*

Les malformations physiques sont à envisager successivement sur le crâne, la face, les organes des sens, le tronc et les membres, les organes génitaux, la peau et les appendices cutanés.

Crane. — Les procédés d'investigation employés en crâniométrie humaine (inspection, palpation et mensuration), perdent de leur valeur, en vétérinaire, du fait de la difficulté que l'on éprouve à prendre des mensurations extérieures « les dimensions réelles

1. — Cités par C. Chomel : Les formes asymétriques et leur valeur diagnostique. (*Rép. Méd. vétér.*, février 1904.)

2. — Cornevin : *Zootechnie générale,* Paris, 1891.)

de la boîte encéphalique étant masquées par les cornes, par les sinus frontaux et pariétaux [1].... ».

On a décrit néanmoins des *anomalies de volume* : la *microcéphalie* chez le cheval, l'*hydrocéphalie* chez le poulain (crâne volumineux, en forme de boule avec « une face très longue et un chanfrein très saillant », Cadéac, *Encyclop.*, t. VIII, p. 134 — des *anomalies de forme* variables ; la mieux connue correspond à la *plagiocéphalie* (crâne aplati, fortement asymétrique) rencontrée par Bassi et Trinchera sur les chevaux épileptiques et par nous sur certains chevaux tiqueurs. « Dans tous les cas observés [2], l'asymétrie n'était pas limitée aux os pariétaux, mais elle s'étendait encore à la partie correspondante du frontal ; elle consistait en une proéminence d'une moitié latérale du crâne, la droite chez les uns, la gauche chez les autres. »

Il semble, d'après ces faits, que la difficulté de pratiquer des mensurations sur l'animal ne peut gêner que la recherche des anomalies de volume du crâne et que celles-ci n'auront d'importance que lorsqu'elles seront absolument évidentes ; mais elle n'empêche nullement l'observation d'anomalies de forme et celles-ci ont acquis, à la faveur de recherches récentes, la signification de véritables stigmates anatomiques de dégénérescence puisqu'elles peuvent être l'indice de troubles psychomoteurs (tics et stéréotypies) ou de névroses (épilepsie). Et voici dix nouveaux cas d'asymétrie crânienne, dépression d'un pariétal, observés par A. Pastore et E. Bertetti sur des chevaux atteints de troubles psychiques variés [3], qui indiquent bien que les malformations du crâne peuvent être sous la dépendance de vices de développement du cerveau.

Les déformations accidentelles du crâne résultent le plus souvent de compressions mécaniques du jeune âge ; on est mal fixé sur les conséquences lointaines de ces traumatismes.

Face. — Les asymétries de la face ne sont pas rares, asymétries de forme, de direction, de dimensions. Elles ne sont pas

1. — Cornevin, *loc. cit.*, p. 504.

2. — Bassi in Cadéac : *Encyclop.*, t. VIII, p. 452.

3. — Dott. Alfredo Pastore, de Borgoticino. Di alcuni casi di asimetria del cranio osservati in cavalli affetti da disordini funzionali psychici di vario gennere, in *Il moderno Zooiatro*, 4 février 1904. — Bertetti Emmanuel, *Giorn. della reale Societa veterinaria*, in Bull. vét., 16 mai 1904.

dues uniquement au croisement, car, suivant Cornevin[1] « elles se perçoivent sur des sujets que tout permet de considérer comme de pure race ».

L'*inspection* permet de constater l'abaissement d'un œil, la déviation du nez, l'irrégularité du visage, de la bouche, la forme de la mâchoire inférieure, et ces signes, relevés par nous chez les équidés tiqueurs, répondent bien, chez le cheval, à ce que Lasègue a défini le « strabisme du visage[2] ». Le prognathisme existe chez certains animaux, en particulier chez le chien ; nous avons noté plusieurs fois chez le cheval le défaut de parallélisme des arcades dentaires.

La *palpation* indique si l'asymétrie appartient aux parties molles ou au squelette ; cette dernière seule est à retenir.

Les *mensurations faciales* acquièrent, en zootechnie, une certaine importancé de ce fait que la face, chez les mammifères tout au moins, a beaucoup plus d'étendue que le crâne. Il n'est d'ailleurs question d'asymétries pathologiques que dans les études récentes sur les tics des équidés.

**Organes des sens.** — 1. Oreilles. — L'examen de l'oreille révèle chez l'homme une infinité de malformations qui ont été décrites avec un grand luxe de détails par Morel, Séglas et Féré[3], Schwalbe[4]. Il semble résulter toutefois des travaux les plus récents (Séglas et Féré, A. Lévy et F. Rudler[5]) que la fréquence excessive des variations morphologiques de l'oreille chez des individus sains et normaux enlève en grande partie à ces anomalies l'importance que leur attribuait Morel.

Les irrégularités de forme de l'oreille externe ne sont pas rares chez l'animal, l'asymétrie s'observe dans toutes les espèces. Cornevin[6] signale l'absence de l'arrêt de développement de l'une des conques auriculaires, des anomalies de dimensions, de direction, etc....

1. — Cornevin, *loc. cit.*, p. 487.
2. — In L. Mayet, *loc. cit.*, p. 45.
3. — Féré et Séglas : *Rev. anthropol.*, 1886. — J. Séglas : *Leçons mentales et nerveuses*, XXII[e] leçon, p. 710, et in G. Ballet, page 87.
4. — Schwalbe : *Arch. de Neurologie*, 1890, p. 56, in Séglas : *Leçons mentales et nerveuses*, p. 713.
5. — Albert Lévy et F. Rudler : *De la fréquence des stigmates physiques et physiologiques de la dégénérescence chez l'homme normal et leur valeur médico-légale.*
6. — Cornevin, *op. cit.*, p. 525.

Peut-être serait-il plus instructif de rappeler ici la valeur séméiologique de certains troubles fonctionnels du pavillon de l'oreille. Le cheval mou, apathique, a l'oreille tombante ; le cheval méfiant, hargneux, couche souvent les oreilles ; celui qui est peureux, craintif, ou atteint de cécité, les a constamment en mouvement ; on a remarqué, au contraire, leur immobilité chez les sourds.

2. Yeux. — La proéminence des arcades orbitaires, l'ouverture plus ou moins grande de la fente palpébrale, les anomalies de forme et de volume des paupières, la saillie plus ou moins accusée du globe oculaire (œil de bœuf), constituent des malformations qui peuvent être acquises ou congénitales.

Il faut signaler encore l'inégalité pupillaire, les anomalies de coloration (*œil vairon*, résultant du défaut de coloration de l'iris, iris gris avec taches bleuâtres — *œil fauve* dont l'iris revêt une teinte fauve ou lie de vin) ; les cataractes congénitales.

3. Nez. — La mesure de l'*indice nasal* est pratiquée sur l'animal ; la classification en platy, méso et leptorhiniens est également connue en médecine vétérinaire. La déviation du nez, l'asymétrie des nasaux s'observent dans le tic de l'ours.

4. Bouche. — Les déviations de la lèvre supérieure et la chute de la lèvre inférieure doivent être considérées, dans certains cas, comme des stigmates anatomiques de dégénérescence. L'asymétrie des arcades dentaires est fréquente chez le cheval.

Les anomalies dentaires sont communes chez les équidés qui présentent des troubles psychomoteurs (tics et stéréotypies). On constate, chez eux, des anomalies de structure (dents érodées), de forme (surdents), de direction et d'évolution ; des anomalies de nombre, et de même qu'il existe des augmentations numériques, il y a parfois absence de certaines dents ; ce fait, connu en médecine humaine, a été observé chez l'animal par Cornevin[1] qui « a suivi sur une famille de chevaux l'absence héréditaire très constante de la dent mitoyenne gauche ».

L'usure et la carie dentaires des chevaux tiqueurs reconnaissent manifestement une cause mécanique ; comparables à l'usure dentaire des paralytiques généraux qui ont du mâchonnement ou

1. — Cornevin, *op. cit.*, p. 364.

à celle des chevaux qui font magasin (séjour des matières alimentaires dans la poche de la joue), elles ne sauraient constituer des troubles de nutrition comme la carie dentaire précoce des idiots ou des morphinomanes [1].

On peut considérer comme des stigmates physiologiques de la bouche [2] l'acte de *fumer la pipe* (cheval qui tient sans faire aucun mouvement quelques brins de fourrage entre les lèvres), acte pathologique souvent lié au syndrôme *immobilité* — et la *bouche égarée,* symptôme observé chez des sujets nerveux, au caractère violent (tel *Apremont,* fils d'*Alerte).*

En résumé, l'*examen d'ensemble de la tête* n'a, au point de vue morphologique, qu'une valeur relative. Entre le cheval à physionomie éveillée et celui qui est dépourvu d'expression, il existe une foule de types intermédiaires qui ne peuvent nous intéresser que s'ils offrent des traits anormaux, de l'asymétrie faciale ou crânienne. Les *caractères spécifiques distinctifs des races* (brachycéphalie, dolichocéphalie) n'ont, en psychiatrie, que peu d'importance. Il existe, par contre, des phénomènes d'asymétrie du crâne ou de la face, des malformations de la mâchoire inférieure, du nez, des dents qui, rencontrés sur des chevaux atteints de troubles psychiques variés (chevaux épileptiques, chevaux tiqueurs), représentent, chez l'animal aussi bien que chez l'homme, *des stigmates anatomiques de dégénérescence.*

Les signes fournis par la tête doivent primer les autres caractères d'asymétrie corporelle, car la tête donne bien pour le cheval, suivant l'heureuse expression de de Curnieu, « la clef de son individualité ».

**Tronc et membres.** — L'examen du tronc et des membres peut être fait au double point de vue hippométrique et descriptif [3].

1. Examen hippométrique. —

Il comporte la recherche de points de repère et les mensurations pratiquées à l'aide de ces différents points. MM. les professeurs Tabourin et Baron, MM. Joly et de Gasté ont fourni des indications précieuses sur le sujet; Cornevin consacre un chapitre intéressant aux caractères

1. — J. Séglas, in G. Ballet, p. 97.
2. — Nous avons placé à dessein les troubles fonctionnels des oreilles et de la bouche au chapitre des stigmates anatomiques, pour ne pas créer trop de divisions dans cette étude.
3. — Cf. Séglas, in G. Ballet, p. 98.

ethniques fournis par le tronc et par les membres ; tout récemment enfin, l'un de nous [1], en collaboration avec M. Marey-Monge, a pu préciser les données suivantes :

*Points de repère :* Membre antérieur : Crête sus-épineuse (épaule) ; scissure de l'os crochu (genou) ; ligne du bourrelet (pied).

Membre postérieur : Angle externe de l'ilium (hanche) ; ligne du bourrelet (pied).

*Mensurations :* Membre antérieur : De la crête sus-épineuse à l'os crochu ; de l'os crochu au bourrelet du pied.

Membre postérieur : De l'angle externe de l'ilium au bourrelet du pied.

Ces mesures doivent être prises des deux côtés, par comparaison, et peuvent s'appliquer à d'autres régions du corps (pieds, articulations, longueur de croupe, flanc).

A vrai dire, ces mensurations n'ont pas grande valeur au point de vue spécial qui nous occupe ; elles ne peuvent, en l'espèce, que contrôler et préciser les indications fournies par l'examen descriptif qui a pour but de mettre en relief les anomalies et asymétries.

2. Examen descriptif. —

L'asymétrie thoracique n'est pas facile à constater chez le cheval. Mais le manque d'ensemble ou de proportion entre l'avant-main et l'arrière-main est fréquent (cheval Normand, descendance du pur sang The Flying Dutchmann). Les dépressions thoraciques ne sont pas rares. On rencontre parfois une ossature exagérée (telle *Little Agnès* par Sauterer et Wild Agnès), des branches tellement saillantes que, d'après le dicton, on pourrait y accrocher un chapeau. La grande silhouette de *Monarque* se retrouve dans toute sa descendance. Les déviations de la colonne vertébrale sont exceptionnelles, mais la saillie exagérée des apophyses épineuses a été constatée (*Carlos* par Hospodar et Carlotta).

Du côté des membres, il existe une foule de difformités congénitales. Dans le tic de l'ours, on a observé l'asymétrie de l'épaule et de la hanche [2].

Les vices de conformation des membres sont fréquemment héréditaires. Ils se sont reproduits avec une désespérante régularité dans toute la descendance de Bilbery, cheval de pur sang (Bivouac, Bilboquet, Billet doux, Biscaïen).

Le *genou plié, fléchi en avant* (cheval brassicourt) est assez souvent

1. — C. Chomel : *Répert. Méd. Vétér.*, 15 février 1904.

2. — L'affaissement de l'angle interne de l'ilium a été décrit pour la première fois par Joly (*Rev. Gén. Méd. Vét.*, 1903).

congénital. On retrouve cette particularité plus ou moins accentuée chez tous les fils de West Australien en particulier sur Jéricho (par West Australien et Juanita).

Le *genou étranglé à la base* coïncidant fréquemment avec un *tendon failli* est une anomalie commune chez les descendants de Flying Dutchmann (surtout Maravédis II, par Dollar et Villefranche) et de Clover. La jument de pur sang la Revanche (par Light et Sentence) était remarquable sous ce rapport.

Le *genou étroit, mince quoique empâté* ou *genou de veau* est également héréditaire (Smyrne par Muscovite et Rule Britannia).

Le *genou effacé, renvoyé* se reproduit très souvent. De même la *mauvaise conformation des jarrets,* constatée dans la filiation de Gladiator.

*L'hérédité des tares osseuses du jarret,* de l'*éparvin,* du *jardon,* de la *jarde* est aujourd'hui démontrée ; seules les lésions tendineuses ne paraissent pas transmissibles.

*Les défectuosités du boulet* (étroit, mince, droit, etc.) sont héréditaires (Atlas, frère de Bois-Roussel) ; — de même les *articulations molles* (descendance de Gladiateur, spécialement Ravigo, par Gladiateur et Alerte) ; — de même aussi les *formes,* tares osseuses résultant de l'ostéite phalangienne ; le cheval Président présentait au membre postérieur gauche une forme qu'il tenait de son père Florin ; Jacoulet fait connaître l'histoire de la jument Houlette, petite fille d'Archiduc, étalon de pur sang « ardent propagateur des tares osseuses qu'il possédait » ; — de même enfin un grand nombre de *malformations* ou lésions du pied (encastelure, fourbure congénitale, crapaud). Les recherches de G. Joly sur la *solipédisation des équidés* dans les temps actuels ont permis de constater parfois l'*ectrodactylie* (diminution du nombre des os, la *syndactylie* (réunion ou soudure des métacarpiens), la *macrodactylie* (surproduction osseuse), la *mégalodactylie* (volume exagéré des métacarpiens supplémentaires [1]).

**Organes génitaux.** — Les anomalies des organes génitaux du mâle signalées par Cadéac [2] sont : les imperforations de l'urèthre (hypospadias et épispadias), le phimosis, enfin l'anorchidie, la monorchidie et la cryptorchidie. La cryptorchidie peut être héréditaire ; l'étalon de pur sang Master Wagg, cryptorchide à gauche, a engendré quatre chevaux cryptorchides dont la Clôture, devenu célèbre par le procès en nullité de vente auquel il donna lieu de la part de l'administration des Haras qui l'avait acheté comme reproducteur [3].

1. — La polydactylie a été observée par B. E. Soulton sur sept générations de chats (in Cornevin, p. 363).
2. — Cadéac, *Encyclop. Séméiologie,* t. II, p. 51 et suiv.
3. — Jacoulet et Chomel : *Traité d'Hippologie,* t. I, 2e édit., p. 317.

Les vices de conformation des organes génitaux de la femelle ont été peu étudiés chez les animaux ; ils n'ont d'ailleurs, pour elle pas plus que pour le mâle, jamais été rapportés à la dégénérescence.

**Peau et appendices cutanés.** — Les caractères ethniques fournis par les phanères et la coloration ont été l'objet d'un chapitre fort documenté de Cornevin[1] qui signale des « troubles de la coloration dits trophiques d'origine nerveuse », l'albinisme des mammifères, etc....

— II —

## SYMPTOMES SOMATIQUES OU STIGMATES PHYSIOLOGIQUES DE DÉGÉNÉRESCENCE

J. Séglas décrit sous le titre de *Symptômes somatiques* « les désordres fonctionnels observés dans le domaine des différents appareils organiques chez les aliénés[2] ». Cette dénomination correspond aux *Stigmates physiologiques de la dégénérescence* de Lucien Mayet[3].

Le cheval présente également des symptômes somatiques qui, dans quelques cas (tics et stéréotypies), ont paru liés à des troubles psychiques. Il importe donc de grouper ces symptômes et d'en rechercher la valeur séméiologique.

### *A)* SYSTÈME NERVEUX[4]

1. Motilité. — Les troubles de la motilité ne sont pas rares chez le cheval. Ils comprennent : les *mouvements de défense permanents* (cabrer, ruade, les *allures irrégulières* non acquises (traquenard, saut de pie, aubin, amble, pas relevé) et les *défectuosités d'allures* (bercement latéral, action de faucher, de billarder, de raser le tapis, de forger, de croiser les membres

1. — Cornevin, *op. cit.*, p. 447.
2. — J. Séglas, in G. Ballet, p. 104.
3. — Lucien Mayet : *Th. de Lyon*, p. 85.
4. — Cf. classification de J. Séglas.

en marchant). Parmi ces mouvements désordonnés, les uns relèvent de défauts physiques, ils ne nous intéressent pas; d'autres sont sous la dépendance de désordres de l'innervation, ceux-là méritent notre attention.

Le *cabrer,* le *lancer,* l'*action de pointer,* le *bond intempestif,* la *ruade,* en tant que manifestations spontanées, répétées, indépendantes de mouvements de défense, sont l'une des formes les plus fréquentes de la *rétivité* chez les chevaux irritables et doués d'un tempérament très nerveux. Or la rétivité est un vice, un *état morbide continu de la volonté* qui peut relever d'anomalies congénitales.

Les *allures irrégulières* sont presque toujours le résultat d'une mauvaise éducation, du surmenage de l'animal, de la vitesse excessive qu'on exige de lui; en cela elles ne relèvent pas de la dégénérescence. Mais ce mauvais emploi, cet abus des forces du cheval sont « regrettables au point de vue du développement des qualités natives d'un bon nombre de nos chevaux de demi-sang et de l'*influence héréditaire* qu'un tel résultat peut avoir à échéance éloignée[1] ».

Les *défectuosités d'allures* (action de billarder, de faucher, etc...), ont moins de valeur, en ce qui nous concerne, que l'action de *trottiner* et d'autres *troubles psychomoteurs* observés fréquemment chez les tiqueurs : *tics, stéréotypies,* caractérisés par l'instabilité motrice sous toutes ses formes, du trépignement, des mouvements d'impatience, d'inquiétude de la tête, des actes de mordillement, de mâchonnement,... de l'agitation, de l'affolement en présence de la barre, toutes manifestations motrices unies chez les tiqueurs à des troubles psychopathiques nettement accentués.

On pourrait désigner les troubles de la motilité ainsi groupés sous le titre général de *perturbations de la psychomotricité,* ce terme appliqué à la définition des tics humains par MM. Brissaud, Meige et Feindel indiquant suffisamment par lui-même que nous considérons, dans tous les cas, le trouble moteur comme lié indissolublement au trouble mental.

Il existe d'autres troubles des fonctions motrices connus de longue date en médecine vétérinaire. Suivant l'expression de

1. — Jacoulet et Chomel, *op. cit.*, t. I, p. 462.

Séglas[1] « ils s'observent d'ordinaire sous toutes les formes décrites en neuropathologie : paralysies, spasmes, contractures, convulsions, tremblements »... Décrits très complètement chez l'animal par Cadéac[2], ils reconnaissent les causes les plus diverses et peuvent être créés de toutes pièces par l'intoxication alcoolique ou aromatique[3], mais ils relèvent parfois, et exclusivement, de psychoses ou de névroses et, à ce titre, constituent des signes de dégénérescence.

2. Activité réflexe. — L'étude de l'activité réflexe paraît peu avancée en pathologie animale. Des recherches récentes[4] sur des chevaux atteints de troubles psychomoteurs laissent supposer que les réflexes sont peu altérés dans les processus psychopathiques.

Les *réactions pupillaires* sont difficiles à saisir chez le cheval. Les *réflexes cutanés et muqueux* sont normaux dans les tics. Les tiqueurs n'offrent pas de *réflexe caudal,* mais l'*épreuve du dynamomètre caudal* indique une diminution très grande de la résistance au soulèvement de la queue. Le *réflexe lombaire* est généralement exagéré dans le tic de l'ours, mais on n'observe rien d'anormal dans la recherche des *réflexes tendineux du pied,* des réflexes *idio-musculaires* ou *cardio-vasculaires.*

Il y a là un chapitre de neuro-pathologie que nous n'avons pu qu'ébaucher et qui est à constituer à peu près en entier.

3. Troubles de la Sensibilité. — Les troubles de la sensibilité générale sont considérés comme très fréquents chez les dégénérés humains, ceux du moins qui présentent les degrés les plus inférieurs de la dégénérescence.

La médecine vétérinaire offre peu de documents sur ce sujet ; tout au plus pouvons-nous signaler, au point de vue de la sensibilité cutanée : l'*hyperesthésie* du bout du nez à la piqûre dans le tic de l'ours, l'*anesthésie* du nez, des lèvres et des barres dans les stéréotypies de léchage, de l'*hypoesthésie cutanée* dans les tics en l'air et à l'appui.

1. — J. Séglas, in G. Ballet, p. 105.
2. — Cadéac : *Encyclop. Séméiol.*, t. II.
3. — C. Cadéac et Albin Meunier : *Contribution à l'étude de l'alcoolisme.* Paris, 1892.
4. — F. Rudler et Chomel : *Études sur les tics.*

4. Troubles trophiques et vaso-moteurs. — Bien peu étudiés encore chez l'animal, ils ne peuvent être mis en parallèle avec les grands syndrômes décrits chez l'homme. Nous avons signalé quelques modifications de la *sécrétion sudorale,* hyperhydroses locales ou généralisées, et de la *sécrétion cornée* chez quelques chevaux atteints de tics ou stéréotypies.

### *B)* FONCTIONS GÉNÉSIQUES

Il existe, chez l'animal, des troubles de la fonction génitale qui, dans certains cas, reconnaissent une cause exclusivement psychique. Tels le *satyriasis* chez l'étalon, la *nymphomanie* chez la jument pouvant déterminer à la longue un état général des plus défectueux décrit, en médecine vétérinaire, sous le nom de *tic testiculaire* et de *tic ovarique.*

### *C)* FONCTIONS DIGESTIVES

L'*aérophagie* ou *aéropinie* (Goubaux) est le principal trouble des fonctions digestives qui puisse être rattaché aux phénomènes de dégénérescence, parce qu'il constitue l'élément moteur, l'effort convulsif de déglutition, d'un trouble psychomoteur, le tic proprement dit avec ou sans usure des dents, le *tic rédhibitoire.* Les tics aérophagiques de l'homme ont été décrits par Pitres et par Séglas ; l'étude du syndrôme aérophagie, *névrose du pharynx,* est due principalement à Bouveret[1] ; mais ces recherches sont bien postérieures à celles faites, en vétérinaire, par Reynal, Goubaux, Barrier, Farges, Cadéac, etc... Nous reprendrons cette étude des tics aérophagiques du cheval et nous espérons démontrer que les tics en l'air et à l'appui sont, comme le tic de l'ours et les stéréotypies de léchage, des troubles psychomoteurs, et constituent, du fait même, un *syndrôme de dégénérescence*[2].

1. — Pitres : *Gaz. Méd.,* 1888, et Séglas, *Sem. Méd.,* 11 janvier 1899, in H. Meige et Feindel : *Les Tics et leur traitement,* p. 338 et suiv. ; Bouveret : *Rev. de Méd.,* 1891 ; Voir bibliogr. dans l'article de MM. Armand et Sarvonat : *Arch. génér. de Méd.,* 12 avril 1904.

2. — Nous acceptons sans restriction les observations de MM. Meige et Feindel (*op. cit.,* p. 51), sur les rapports des tics avec la dégénérescence mentale, et en indiquant que les tics aérophagiques peuvent être considérés « comme une des multiples manifestations de cette dégénérescence », nous entendons simplement que « le qualificatif de *dégénéré* est applicable au tiqueur », sans avoir la prétention de donner une explication pathogénique du tic par cette unique notion de dégénérescence.

Le *météorisme* ou *pneumatose intestinale* est également un trouble digestif lié aux tics aérophagiques.

Les *perversions digestives* les plus communes chez le cheval sont le *pica continu* et la *malacia;* elles n'ont jamais été rapportées à des causes psychiques. La *sitiophobie* a été observée par nous sur le cheval « Rasoir » à titre de symptôme passager. Ces aberrations du goût, de même que les perversions de l'appétit[1], sont étudiées par Cadéac comme symptômes de maladies de la nutrition et du tube digestif.

### *D)* RESPIRATION

Le *cornage chronique* est généralement dû à un rétrécissement congénital des voies respiratoires ; la *pousse* est « l'expression d'une insuffisance de la respiration liée à toutes les affections chroniques du poumon et du cœur » (Cadéac). Ces deux syndrômes ne sauraient constituer des stigmates physiologiques de dégénérescence.

## — III —

## STIGMATES PSYCHIQUES

Nous avons défini dans notre étude des tics et stéréotypies de léchage chez l'homme et chez le cheval, ce qu'il faut entendre par le *psychisme de l'animal.* Le cheval possède, avons-nous dit, une écorce cérébrale qui lui permet d'exécuter une série d'actes intellectuels qui, pour être très simples et susceptibles seulement d'un perfectionnement très limité, ne sont pas moins facilement reconnaissables et se distinguent nettement des actes purement réflexes d'origine bulbo-médullaire. Nous avons relevé, dans l'étude du tic de l'ours, des *actes volontaires,* des *actes d'imitation, phénomènes psychomoteurs,* qui impliquent nécessairement la mise en jeu de centres supérieurs d'association et de coordination et qui ne peuvent s'expliquer que par la participation de l'écorce cérébrale.

1. — Cadéac : *Séméiol,* t. I, pp. 54-55 et suiv.

Les symptômes psychiques des héréditaires sont représentés chez l'animal comme chez l'homme, par des *altérations du caractère, des perturbations de l'intelligence et de la volonté.* La *tare psychique,* qu'elle soit due à la diminution de la synthèse psychique, à la prédominance des instincts ou à toute autre cause, coïncide alors avec une hérédité chargée et avec des stigmates physiques de dégénérescence.

Les stigmates héréditaires feront seuls l'objet de cette description ; nous négligerons volontairement les *quelques stigmates psychiques symptomatiques* de maladies aiguës, fort rares d'ailleurs et très peu connus en médecine vétérinaire, et l'*hypnotisme* des animaux[1], état psychique artificiel provoqué par des actes d'inhibition mentale.

1. Les troubles de la mimique, ou troubles *psychiques émotifs* se traduisent, chez le cheval, par de l'agitation, de l'égarement, de la défiance, des phobies visuelles et auditives, de l'apathie et du dégoût pour l'exercice. Au cheval décrit par Job, Toussenel, Buffon, qui cherche à comprendre l'homme, qui obéit à tous ses ordres et paraît partager ses sentiments, ses enthousiasmes, le *dégénéré psychique* oppose au contraire des résistances, une attitude menaçante, féroce et sauvage parfois, inintelligente et stupide.

Cette mimique traduit, croyons-nous, l'extrême mobilité des sentiments et des idées ; elle s'exprime par l'incoordination et la grande variété des mouvements. Une sudation excessive pour un travail insignifiant, l'habitude de se coucher souvent sont les corollaires de cette agitation insolite et ces efforts répétés et sans but rendent le cheval d'un entretien difficile. L'agitation est un trouble psychique fréquemment observé chez les chevaux tiqueurs.

2. Actes impulsifs. — Ils résultent chez le cheval de la désagrégation psychologique et sont déterminés par la peur, la haine, la colère. Pour que ces actes revêtent les caractères d'un véritable trouble psychique, il faut qu'ils soient fréquents, irrésistibles et sans utilité. Certains chevaux tiqueurs font sans cause provocatrice des bonds, des efforts prodigieux, *trottinent*

1. — Chomel : Le Magnétisme animal. (*Répert. de Méd. Vét.*, octobre, novembre, décembre 1903.)

*constamment;* les uns mordent, mâchonnent, d'autres ruent, frappent du pied à tout propos, s'emballent dans un véritable état d'obnubilation intellectuelle, inconsciemment, au mépris de tout danger. Ils s'affolent en présence de la barre, bourrent, sont très *chauds à l'obstacle,* font des bonds intempestifs après le saut. L'*impatience* se traduit encore par des hochements de tête, des trépignements. Ces mouvements, ces actes impulsifs ont pour caractères distinctifs leur instantanéité, leur violence, leur apparition sous forme de crises, leur brutalité.

Les actes impulsifs des équidés psychopathes, leurs troubles émotifs se complètent par des troubles correspondants du caractère et de la volonté. On peut citer de nombreux exemples d'actes impulsifs relevant de la *volonté motrice.*

Le cheval de sang *Faublas* (par Orphelin et Miss Finch), avait hérité de sa mère un caractère très difficile, et on lit dans son histoire qu'avant de lutter sur l'hippodrome « il se battait un peu lui-même ». On attribue au sang d'*Argonaut* le fait que la plupart de ses descendants ont vécu sous l'influence « d'une violence et d'une exaspération épidémiques » (d'Etreillis). L'extrême violence d'*Apremont* (par Cobnut et Alerte) avait rendu ce cheval à ce point redoutable que « bien peu de jockeys se sentaient en confiance sur son dos ». Il en a été de même pour *Roncevaux* dont l'emballement sur l'obstacle était légendaire. Enfin, *Anglo-Saxon,* cheval de pur sang, était sujet à « de véritables accès de férocité ».

3. Hérédité nerveuse. — L'hérédité nerveuse *accumulée, capitalisée* chez le cheval, peut aboutir à une véritable psychose. Les manifestations de cette hérédité sont multiples et variées depuis un certain degré de sensibilité exquise, exagérée, jusqu'à l'irritabilité et au nervosisme le plus outré. A propos des stéréotypies de léchage des équidés, nous avons suffisamment distingué le *tempérament nerveux* ou ce qu'on appelle métaphoriquement le *sang* du *déséquilibre nerveux* observé chez les psychopathes. « L'expression de *sang, synonyme d'énergie,* n'a rien à voir, disions-nous, avec les états morbides continus du caractère, de l'émotivité et de la volonté que nous avons décrits chez les chevaux offrant des *perturbations de la psychomotricité.* » On trouve de nombreux exemples de cette *hérédité nerveuse* dans la carrière des chevaux de course, plus ou moins compromise du fait de cette tare psychopathique.

Tous les fils de *Montarque* (sauf Auguste), étaient si exagérément

nerveux que leur seul pédigrée était une mauvaise recommandation « pour être admis officiellement à l'honneur de la reproduction » (d'Etreillis). Le nervosisme pathologique de *Début* (par Fitz Gladiator et Dorade), fruit de l'hérédité maternelle, était considéré vers le milieu de sa carrière « comme une véritable infirmité ». Cette grande irritabilité se retrouve dans toute la descendance de *The Baron* et celle de *Deliane*, surnommée la *buveuse d'air*, qui causa de grosses déceptions à l'écurie Lupin. *Mlle de Chantilly* est un autre exemple célèbre de cette irritabilité qui ne fut pas étrangère à la médiocrité de ses premiers produits. La jument *Pythonisse* (Mlle Lupin), offrait des troubles psychiques tellement accusés qu'elle « ne pouvait pas courir souvent ». L'hérédité nerveuse est encore évidente pour *Madzja* (par Fitz Gladiator et Mimie), et la plupart des pouliches du sang d'*Hervine*, qui étaient « démesurément nerveuses et coururent mal ». Nous rappelons pour mémoire les chevaux *trop chauds* à l'obstacle, exagérément sensibles aux contacts cutanés... signalés dans nos études sur les tics.

4. Troubles de la volonté, du caractère. — Nous avons examiné aux *actes impulsifs* l'action de la volonté uniquement *motrice*. Il existe d'autres troubles qui se rapportent plus spécialement à « l'affaiblissement du pouvoir général de synthèse psychique ». Il peut y avoir diminution ou suppression de la volonté (aboulie), hésitation, paresse, impuissance dans les actes, ou bien caractère inégal, plus ou moins fantaisiste. Certains chevaux tiqueurs s'isolent difficilement d'une colonne, d'autres fléchissent brusquement sur leurs membres sous le coup d'une émotion vive. Il faut toutefois excepter de ce groupement l'air de nonchalance, d'indifférence et de lenteur, qui est assez commun chez les grands animaux.

Le *défaut de courage* qui fait dire que le cheval a *mauvais cœur*, qu'il *marche à regret*, est fréquemment héréditaire. Le courage n'était pas la qualité saillante des fils de Dollar. Le défaut d'action était assez connu dans la descendance de The Baron, de West Australien et dans celle des fils de Pretty Boy (d'Etreillis).

L'*inégalité du caractère* aboutit à une sorte de démence fonctionnelle héréditaire. Les produits du vieux Gladiator présentaient presque tous cette inégalité intermittente du caractère. On cite comme exemple *Gantelet* (par Tournamente et Garenne), superbe cheval qui, après avoir galopé magnifiquement, s'arrêtait court, à la course, au dernier tournant. L'inégalité se constate encore nettement dans la carrière de *Minerve* (par Orphelin et Hervine), et dans la descendance d'*Hervine*, tandis que c'est à un *défaut de volonté* qu'il faut rattacher ces « alternatives disparates » dont le contraste constitue l'ensemble de la carrière de *Mathilde* (par Ferruch Khan et Georgette), de *Finistère*, des descen-

dants de *West Australien*, de *Berryer* en particulier, dont M. d'Etreillis écrit « qu'il ne serait pas West Australien s'il n'était sujet à ces inégalités », enfin de *Pergola*, de *Salmigondis*, issus de The Baron.

Le *caractère fantaisiste* s'allie parfois à une grande *violence*, allant chez le cheval jusqu'à la défense et à la répugnance pour le mouvement. Ce caractère est assez commun chez les fils d'*Argonaut* et les fils de *Sockwell*. Le cheval *Kirghiz* (par Argonaut et Nava), qu'on conduisait sur l'hippodrome avec un luxe inusité de précautions, entrait, dit-on « dans un état d'exaspération voisin de la folie ». La jument *Finistère* offrait aussi une résistance obstinée qui a fait dire à son entraîneur C. Pratt : « Elle vient quand elle veut, et si on la contrarie, elle ne vient pas du tout. » *Baronello* qui, en 1864, battit Bayard et Fille de l'Air, avait aussi un caractère diabolique qui influa désavantageusement sur toute sa carrière de course. On retrouve plus ou moins ce caractère *instable, fantaisiste*, chez tous les descendants de *Partlett*, célèbre jument de pur sang (Partisan, Perle, Plutus, Mercédès, Jeune Première, Parisienne) qui tous « ont, à des degrés différents, démontré en même temps une qualité positive et une inégalité constante » (d'Etreillis).

*Méchanceté, Rétivité.* — La méchanceté et la rétivité permanentes constituent des troubles psychopathiques.

« La méchanceté est quelquefois une manifestation héréditaire ou le résultat d'une impressionnabilité excessive. La rétivité est un vice caractérisé par le refus d'obéir, fréquent chez les chevaux nerveux de race distinguée [1]. »

La méchanceté et la rétivité *précoces* sont héréditaires. Elles sont parfois tellement accusées qu'elles constituent un véritable vice rédhibitoire.

Joly cite le fait suivant d'après Bottex et Pierquin [2] : « Deux fermiers qui élevaient des chevaux de trait dans le Sarand, près Simandre, arrondissement de Bourg, vendirent en ma présence deux chevaux *rampins* [3]. Je leur demandai si ce défaut provenait des juments poulinières ou de l'étalon. Ils me répondirent que l'étalon était seul affecté de ce vice de conformation et qu'il était fort rare qu'il ne le communiquât pas. J'ajoutai alors qu'ils avaient grand tort de ne pas conduire leurs juments à un autre étalon. Ils répliquèrent qu'à la vérité il y en avait un autre dans le pays, et même fort beau, mais qu'il était vicieux et tous ses produits difficiles à dompter ; qu'ils préféraient s'exposer à avoir des chevaux affectés d'un vice de conformation qui ne nuisait pas beaucoup à la vente puisqu'ils n'élevaient que des chevaux de trait. »

1. — Cadéac : *Sémiol.*, t. II, pp. 123 et 126.
2. — G. Joly : *De l'intelligence du cheval*, 1890, p. 187.
3. — Cheval *rampin*, qui s'appuie en marchant sur ses pinces.

**Et M. Joly ajoute : « Dans l'intention d'améliorer la race des chevaux en France, à différentes époques, des chevaux étrangers ont été achetés pour le compte du Gouvernement et répartis dans différents départements. L'un de ces étalons, qui était mecklembourgeois, fut placé chez M. Sanville, vétérinaire à Ambérieux, en Bugey. Comme en l'achetant on n'avait eu égard qu'aux qualités extérieures, il était très beau, mais rétif. J'ai eu l'occasion de voir plusieurs jeunes chevaux qui en provenaient ; presque tous étaient beaux et vigoureux, mais presque tous aussi d'une indocilité telle que, de très bons écuyers ne pouvant les dompter, les propriétaires étaient obligés de s'en défaire à des prix fort désavantageux. »**

La méchanceté et la rétivité précoces et permanentes dénotent toujours une perturbation profonde dans la vie psychique des sujets qui en sont atteints.

5. Phobies. Hallucinations. — Les phobies visuelles et auditives sont fréquentes chez les équidés tiqueurs. Tel cheval redoute le chemin de fer et l'automobile sans jamais pouvoir se corriger, tel autre s'arrête brusquement et constamment devant un objet blanc, un troisième présente de la claustrophobie, etc. La crainte et certaines répulsions sont manifestes chez le cheval. Touchstone cite les subterfuges qu'on a du employer pour mettre en présence et faire reproduire *Monarque* (père de Gladiator) et *Miss Gladiator,* qui avaient l'un pour l'autre une véritable répulsion.

Les hallucinations du cheval sont sensorielles, visuelles, motrices, mais toujours de nature psychosensorielle. Sans parler des hallucinations produites expérimentalement par Cadéac et Meunier par l'alcoolisation des animaux, le *cheval emballé* offre la variété *psychomotrice* d'une hallucination qui éveille l'*idée de persécution ;* on ne connaît pas d'ailleurs les conditions psychologiques qui favorisent sa production.

En résumé, les stigmates psychiques de dégénérescence du cheval se rapportent : aux troubles de la mimique, aux actes impulsifs, à l'hérédité nerveuse accumulée (nervosisme), aux troubles de la volonté et du caractère, aux phobies et hallucinations.

Il n'y a pas lieu de s'étonner que nous empruntions à l'histoire des chevaux de pur sang la plupart des documents relatifs aux stigmates psychiques de dégénérescence du cheval. Ceci n'infirme en rien le bien fondé de la distinction que nous établissons

entre le tempérament nerveux des chevaux de sang et le *déséquilibre nerveux* des équidés psychopathes observé aussi bien sur les chevaux communs que sur des chevaux de race. Il est certain que les chevaux de sang offrent, plus que tous les autres, des tares psychiques ; mais, d'une part, celles-ci s'observent sur des chevaux d'armes communs et, d'autre part, tous les chevaux de sang ne sont pas des dégénérés. Ces derniers présentent plus d'exemples connus de dégénérescence psychique parce que leur valeur commerciale et les succès qu'ils sont appelés à recueillir sur les hippodromes font de ces coureurs et de ces reproducteurs des *individualités* possédant une histoire, quelquefois même une légende. Peut-être, enfin, existe-t-il chez le cheval des *dégénérés supérieurs* avec un maximum de stigmates psychiques et des *dégénérés inférieurs* avec un maximum de signes anatomiques.

Quoiqu'il en soit, il est à remarquer que les stigmates psychiques n'acquièrent leur signification, chez le cheval comme chez l'homme, qu'à la condition de n'être pas considérés isolément et, en quelque sorte, indépendamment des signes morphologiques de la dégénérescence. « Tout fait psychique, dit M. J. Séglas, tend à s'associer à ceux qui, avec lui, peuvent former un système. » Il nous reste à étudier dans leurs rapports les éléments de ce système, les trois groupes de signes anatomiques, physiologiques et psychiques de dégénérescence, et à établir leur valeur, relative ou absolue, au double point de vue pathologique et zootechnique.

***

Les stigmates de dégénérescence sont chez le cheval d'ordre anatomique, physiologique et psychique. L'histoire clinique des équidés dégénérés offre une identité parfaite avec celle des dégénérés, déséquilibrés, héréditaires humains.

Chaque signe de dégénérescence, pris individuellement, n'a de valeur que s'il est assez prononcé pour qu'on ne puisse discuter ni son existence, ni son caractère. « Toutes ces anomalies n'ont pas la même valeur, ce n'est qu'en étudiant leur nature et leur cause qu'on peut être éclairé sur leur véritable signification[1]. »

1. — J. Séglas, in G. Ballet, p. 103.

« D'autre part, comme ces stigmates peuvent manquer chez des *chevaux atteints de troubles nerveux ou psychomoteurs* ou se rencontrer souvent chez des sujets normaux, ce n'est que leur *accumulation* qui peut avoir de l'importance au point de vue de la détermination d'un état d'infériorité individuelle » (Séglas), en rapport avec une affection nerveuse ou mentale coexistante, tics ou épilepsie.

Sans nous arrêter aux causes de la dégénérescence étudiées ailleurs, nous ferons remarquer seulement que la dégénérescence est souvent, chez le cheval, la conséquence d'une aggravation progressive de génération en génération des tares transmises. A ce titre, et grâce à la sélection qui se fait chez les animaux, la race animale est moins dégénérée que la race humaine. Les stigmates de l'homme « croissent en intensité, en gravité et en nombre, des normaux aux aliénés, aux épileptiques et aux idiots » (Séglas). Nous rappellerons les stigmates des équidés épileptiques, mais il n'existe pas d'animaux idiots pour représenter le dernier degré de la dégénérescence chez l'animal; on ne saurait même, suivant la remarque judicieuse de M. J. Voisin, comparer l'intelligence des animaux avec celle des idiots, car l'animal a ordinairement un développement intellectuel normal.

Pour être moins fréquentes et moins accentuées que chez l'homme, les manifestations de la dégénérescence n'en existent pas moins au complet chez le cheval, ainsi qu'en témoignent les observations de chevaux tiqueurs et épileptiques. Nous n'avons pas craint, dans ce premier essai synthétique qui est tenté sur la dégénérescence chez l'animal, de nous exposer au reproche de Ball, qui estime qu'on a fini par créer, avec la dégénérescence, « une *sorte de remise* qui sert à loger, sans aucun effort d'esprit, tous les cas embarrassants ». Il importait de démontrer, par un grand nombre d'observations, la fréquence de stigmates variés de la dégénérescence chez les équidés. L'œuvre d'analyse et de critique fera sans doute sortir de cette *remise* beaucoup des faits que nous y avons momentanément placés, et cela n'a rien de surprenant puisqu'on discute encore, en médecine légale humaine, la valeur sémiologique de tous les symptômes équivalents; mais aussi, et plus certainement encore, grâce à de nouvelles recherches, il sera possible de dresser l'*échelle des*

*dégénérescences animales*, bien autrement instructive que l'échelle intellectuelle des animaux, et la *liste des états dégénératifs* de l'animal comprendra alors des *visuels*, des *auditifs*, des *sensitifs*, des *moteurs*... On reconnaîtra que les malformations physiques ne sont pas une preuve, mais une simple présomption de dégénérescence ; on associera les signes psychiques aux signes physiques pour avoir toute leur signification, et le résultat pratique de toutes ces constatations sera ce fait important que l'accumulation de ces symptômes place l'animal dans un *état d'infériorité réel*, diminuant à la fois sa valeur individuelle et sa puissance de reproduction.

Il importe de remarquer, en effet, que les conclusions de cette étude clinique ne sont pas seulement d'ordre pathologique ou philosophique ; elles intéressent au plus haut point la question de l'élevage du cheval et la zootechnie.

Sans doute nous ne dirons pas que les équidés *dégénérés, déséquilibrés, héréditaires*, soient *prédisposés aux affections mentales*, mais nous affirmons, et l'avenir établira que l'accumulation de symptômes accusés de dégénérescence constitue un véritable *vice rédhibitoire*, au même titre et plus justement encore que l'*aérophagie*. Il n'y a qu'à considérer les faits de méchanceté rapportés par G. Joly, les observations variées que nous avons recueillies dans lesquelles telle ou telle tare physiologique ou psychique rendait le cheval impropre à son service particulier et se retrouvait invariablement dans sa descendance, pour comprendre que cette étude de la dégénérescence constitue bien un facteur nouveau et dont il faudra tenir compte dans la production de la race chevaline. La dégradation progressive de la race n'est d'ailleurs pas fatale chez le cheval comme chez l'homme, et la régénération peut se faire, non seulement par la sélection, mais encore, par l'éducation et l'influence de l'entraînement.

Il n'en reste pas moins que la connaissance des stigmates de dégénérescence du cheval intéresse à la fois la clinique à qui elle apporte des faits nouveaux de pathologie nerveuse et mentale de l'animal et la zootechnie à laquelle elle fournit les éléments d'une nouvelle méthode d'élevage du cheval.

M. CABANNES, *Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux.*

**Névrite et atrophie optique dans l'érysipèle facial**[1]. — L'érysipèle de la face peut, dans quelques cas exceptionnels, s'accompagner de lésions du nerf optique. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de névrite optique post-érysipélateuse qui s'accompagna très rapidement d'atrophie avec perte absolue de la vision du côté correspondant. Un certain nombre de faits de ce genre ont été publiés par les auteurs Despagnet, Galezowski, Knaff, Nettleship, Parinaud, Pagenstecher, Ramirez, Ripault, etc.

La réalité clinique de la lésion optique (névrite ou atrophie) au cours de l'érysipèle facial est actuellement sans contestation. Le mécanisme pathogénique de cette complication est encore l'objet de quelques controverses : les uns, à l'exemple de Carl, pensent qu'il y a toujours atrophie directe de la papille sans névrite antécédente ; les autres, plus nombreux, incriminent, dans la genèse des lésions, l'atrophie post-névritique. Nous nous rangeons à cette dernière interprétation. Voici la façon dont on peut, d'après nous, expliquer tous les faits. L'érysipèle facial agit sur le nerf optique, en raison de sa proximité, par la propagation de son inflammation au tissu cellulaire orbitaire dont les lésions (cellulite orbitaire) s'étendent consécutivement à la périphérie du nerf optique. Cette cellulite, qui peut dans des cas très rares amener un véritable phlegmon suppuré de l'orbite, reste le plus souvent à l'état d'inflammation plastique, cliniquement caractérisée par un léger exorbitisme. Elle agit surtout par compression sur le contenu de l'orbite et en particulier sur le nerf optique.

Nous pensons que cette compression du nerf, à laquelle s'ajoutent nécessairement des phénomènes inflammatoires par propagation, explique toutes les formes cliniques, suivant que les lésions mécaniques et inflammatoires prédominent dans l'un quelconque des deux points faibles du trajet du nerf : *a)* son entrée dans l'œil où il est resserré dans la gaîne scléroticale ;

1. — Voir aussi la thèse d'un de nos élèves, M. Fauveau : *Névrites et atrophies optiques dans l'érysipèle facial.* Bordeaux, 1904.

*b)* son émergence du trou optique où il est engaîné dans un anneau osseux.

*a)* Dans le premier cas, il existe des phénomènes cliniques très nets : papillite avec ou sans œdème, veines congestionnées tortueuses, quelquefois thrombosées, artères filiformes, quelquefois suffusions hémorrhagiques de la rétine voisine (le long des veines). Ultérieurement signes de l'atrophie post-névritique avec ses caractères connus. Dans cette forme, la cécité survient très vite et reste le plus souvent irrémédiable.

*b)* Dans le second cas, il survient de l'atrophie optique sans névrite ni papillite évidente. Le nerf optique blanchit, s'excave, les vaisseaux papillaires ou rétiniens n'offrent aucune altération ; en réalité la névrite existe, mais elle est au trou optique et ce qui domine ici ce sont les phénomènes de compression des fibres nerveuses qui prennent le pas sur les troubles inflammatoires. Cliniquement, on trouve ou bien un rétrécissement plus ou moins concentrique du champ visuel, ou un scotome central des plus évidents, et tous les signes ordinaires de la névrite rétro-bulbaire.

Les théories classiques, anciennes et modernes, peuvent donc malgré leur divergence apparente, être ramenées à la même explication pathogénique. L'apparence ophtalmoscopique de la papille dépend uniquement du point du trajet du nerf optique, plus spécialement atteint (entrée oculaire, passage au trou optique).

M. CABANNES, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,* et Dr H. ROBINEAU[1].

**Recherches sur la sensibilité normale de la cornée et de la conjonctive.** — Nous avons utilisé pour l'étude de la sensibilité conjonctivo-cornéenne à la *piqûre* des crins de Florence n° 3, coupés en fragments de 8 centimètres de longueur environ ; ces fragments étaient placés dans un tube stérilisé contenant une solution de cyanure de mercure et ils ne servaient qu'à une seule personne à la fois. Cet esthésiomètre est appliqué perpendiculairement sur les membranes précédentes ; sa surface

1. — Voir thèse de H. Robineau : *Valeur séméiologique de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne dans l'Hystérie.* (Th. de Bordeaux, 1904.)

de section, restreinte mais non pointue, déprime et ne pénètre pas. Il n'a donc pas les inconvénients de l'aiguille ou de l'épingle. La sensation ressentie en appliquant l'extrémité du crin est celle d'une piqûre. Si on incurve le crin en anse, et que l'on applique cette anse sur l'œil, on peut étudier la sensation de contact. Pour l'appréciation de la sensibilité thermique, nous nous sommes servis d'eau chaude ou d'eau froide instillée dans l'œil au moyen d'un compte-gouttes à extrémité capillaire. On ne doit appliquer ni le froid intense ni une température supérieure à 60°, on provoquerait une douleur vive, une vraie brûlure.

Voici en quelques mots les résultats de nos recherches, pratiquées sur près de 80 sujets normaux.

La *piqûre* de la cornée est ressentie en tant que piqûre (ce qui constitue l'état normal) dans 75 à 80 °/₀ des cas. Dans d'autres cas (20 à 25 °/₀) la piqûre de la cornée n'est pas nettement perçue (hypoesthésie) ou bien elle l'est d'une façon anormale comme un contact. Ces anomalies dans l'appréciation exacte de la piqûre se montrent surtout chez les gens ayant dépassé la quarantaine ou chez des personnes âgées. — La sensibilité à la piqûre de la conjonctive bulbaire reste normale dans des proportions à peu près identiques ; elle est cependant moins vive que celle de la cornée ; de plus, elle possède deux particularités que l'on ne retrouve pas dans l'étude de la sensibilité cornéenne : *a)* elle est plus vive dans la moitié temporale que dans la moitié nasale ; *b)* à côté de points parfaitement sensibles à la piqûre, la conjonctive possède des points insensibles, dernier fait déjà mis en lumière par Nagel.

La perception du *contact* est beaucoup plus obtuse pour la cornée que pour la conjonctive. La conjonctive bulbaire perçoit mieux les impressions de contact que ne le fait la cornée, mais cette dernière apprécie plus vivement la piqûre.

La cornée perçoit moins bien que la conjonctive le froid ou la chaleur. Nous pouvons même affirmer que la sensibilité thermique de cette dernière membrane est rarement atteinte, à l'inverse de ce qu'a avancé Nagel qui refusait à la conjonctive toute perception thermique.

Ces diverses sensations éprouvées par les malades à la piqûre, au contact, à la température, sont accompagnées de réflexes dont le plus fréquent (75 à 78 °/₀ des cas) est le cligne-

ment réflexe, puis viennent le larmoiement réflexe (47 °/₀) et l'injection blépharo conjonctivale (20 à 25 °/₀).

La cornée est en somme douée d'une sensibilité douloureuse exquise. Toutes les impressions un peu fortes (contact, température, etc.), faites à son niveau amènent la douleur, une douleur vive, très spéciale, rapidement accompagnée de tous les réflexes de défense (clignement, larmoiement, etc.). *Mais elle apprécie mal les nuances.* Sous ce rapport, la conjonctive a plus de discernement, elle se rapproche davantage de la peau et des autres muqueuses. Ce qui montre encore le peu de tendance de la cornée à la différenciation des diverses impressions, c'est l'expérience suivante que nous avons faite : les deux extrémités libres du crin de Florence sont placées sur la cornée, à des distances variables, la cornée n'arrive à percevoir deux sensations et encore d'une façon restreinte (25 °/₀ des cas environ) que lorsque l'écartement très grand atteint deux points opposés de la périphérie cornéenne. Cette expérience, qui est l'analogue de celle du compas de Weber pour la peau, montre encore combien est spéciale, dans ses qualités, la sensibilité de la cornée.

La séance est levée à 6 heures.

# SÉANCE DE PROJECTIONS

(5 AOUT — 9 HEURES DU SOIR)

**Palais d'Hiver — Salle des Fêtes.**

---

Cette soirée, consacrée aux projections photographiques exécutées avec le concours de M. Falisse, un professionnel de Pau, complétait par l'image une série de communications fort intéressantes et curieuses, dont le côté récréatif avait attiré un grand nombre de dames.

Elles eurent lieu dans l'ordre suivant :

M. SANO, *Médecin des Hôpitaux à Anvers (Belgique).*

**Coupes sériées d'embryons humains de divers âges.** — Le Dr Sano fait projeter quelques *coupes sériées d'embryons humains* de divers âges. Ces coupes ont été faites pour étudier le développement progressif du système musculaire. Il y est démontré que le muscle se développe lorsque la partie celluleuse indifférente a déjà pris l'emplacement qu'elle conservera définitivement. C'est ainsi que le diaphragme ne se développe que lorsque la partie de cellules indifférentes qui séparent la cavité thoracique de la cavité abdominale est en place. Il n'est donc pas possible de fixer par l'embryogénie des muscles, les origines segmentaires de ceux-ci. Les relations nerveuses avec les myélotomes sont seules à nous donner des indications à ce sujet, chez l'homme.

M. DENY, *de Paris*

**Projections de photographies de types catatoniques.** — Dans une série de projections, cet auteur présente quelques types cliniques de psychose hébéphréno-catatonique. Il rappelle que la psychose catatonique est habituellement caractérisée par un stade de dépression simple qui passe souvent inaperçu, puis par un stade d'excitation maniaque, suivi au bout d'un temps variable d'un stade de stupeur.

C'est au cours de ces deux derniers stades que l'on observe des troubles moteurs caractéristiques, sous forme de convulsions toniques ou cloniques, de raideurs musculaires, d'états cataleptiques, d'attitudes bizarres et sans but, de grimaces spéciales, etc., qui s'accompagnent des phénomènes d'opposition connus sous le nom de *négativisme* (refus de manger, de parler, de se lever, de s'habiller, rétention de la salive, des urines, etc.)

Ce sont là des réactions motrices d'origine corticale, comme l'a rappelé M. Brissaud. Pendant les périodes d'excitation, ces malades se font remarquer par leur tenue débraillée, leurs cheveux en désordre, l'affectation de leurs poses, la stéréotypie de leurs attitudes et quelques-unes des grimaces qui leur sont le plus familières.

D'autres photographies représentent des malades en état de stupeur : au contraire des précédents qui sont toujours en mouvement, ceux-ci gardent invariablement la même position pendant des semaines, des mois et des années ; ils ne sont pas seulement immobiles, ils sont en état d'hypertonie permanente et généralisée, la tête le plus souvent inclinée sur le tronc, les membres et tout le corps raidis et opposant à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une résistance invincible, refusant d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de donner la main, etc. C'est contre de tels malades qu'on peut diriger la pointe d'un instrument tranchant, toucher même leurs globes oculaires avec une aiguille, sans qu'ils donnent le moindre signe de frayeur.

Dans les intervalles de calme qui entrecoupent de temps en temps les phases d'excitation, on voit les malades couchés, complètement ensevelis sous leurs draps, repliés sur eux-mêmes ou accroupis en boule, la tête complètement cachée, indifférents à tout ce qui se passe autour d'eux, et ne sortant de leur état de torpeur et d'engourdissement que pour s'élancer hors de leur lit ou bien l'arpenter en tous sens et y exécuter des danses, des sauts, des cabrioles, etc., à la façon des acrobates.

Comme exemple d'attitudes bizarres, paradoxales et stéréotypées, une des photographies représente une malade accroupie dans sa pose favorite sur sa table de nuit, les genoux touchant le menton et d'une main se grattant l'oreille. Une autre a le corps, les membres et la tête complètement hors de son lit, au

rebord duquel elle se trouve suspendue simplement par la crête de l'os iliaque.

Tous les catatoniques, on le sait, ne sont pas négativistes; quelques-uns présentent au contraire une très grande docilité ou, comme on dit aujourd'hui, une très grande suggestibilité; l'échomimie, l'écholalie, la catalepsie sont les principales manifestations de cette suggestibilité.

Sur une autre projection on voit une catatonique dont les membres conservent les attitudes les plus paradoxales et chez laquelle il suffit de faire exécuter aux mains deux ou trois mouvements de rotation l'une autour de l'autre pour voir ensuite celles-ci, abandonnées à elles-mêmes, continuer à tourner automatiquement.

Enfin, pour terminer, l'auteur montre un type de démence précoce tiré des *Études cliniques* de Morel, et connu sous le nom de *gémisseur* : « Je l'ai fait représenter, dit Morel, dans sa position favorite : il est assis, la tête penchée sur la poitrine; avec une de ses mains il tord sa blouse, son pied gauche est tendu et, de son talon, il frappe le sol. »

Dans la conférence suivante, M. Meige nous transportant plusieurs siècles en arrière, nous fait assister aux manœuvres psychothérapiques des charlatans d'autrefois.

Dr Henry MEIGE, *de Paris*.

## Documents figurés représentant d'anciennes pratiques chirurgicales contre les Psychoses.

Mesdames,
Messieurs,

Bien que les séances de notre Congrès soient surtout destinées à l'exposé et à la discussion des questions scientifiques d'actualité, j'ai cru pouvoir me permettre — une fois n'est pas coutume — de faire devant vous une brève incursion dans le passé psychiatrique.

Rassurez-vous. Il ne s'agit pas de recherches érudites et indigestes. Je voudrais tout simplement vous faire voir, preuves sous les yeux, comment on entendait, il y a quatre ou cinq siècles, le traitement de certaines psychoses.

J'ai pu consacrer autrefois quelques vacances à parcourir la plupart des collections publiques et privées de l'Europe, en prenant des notes sur les figurations artistiques présentant un intérêt médical.

Dans le nombre, il s'en est trouvé une trentaine se rattachant à d'anciennes pratiques de chirurgie charlatanesque, qui semblent avoir été assez courantes entre le xv^e^ et le xvii^e^ siècle, surtout dans les Flandres et les Pays-Bas. Le hasard a voulu que cette chirurgie de tréteaux s'adressât de préférence à une clientèle de psychopathes. L'occasion m'a donc semblé propice de soumettre à votre critique les reproductions de ces peintures, dessins ou gravures. Vous y verrez figurées des opérations quelque peu mystérieuses au premier abord ; chaque image, en effet, prise isolément, est parfois d'une interprétation difficile. Mais en les rapprochant les unes des autres, vous les verrez s'éclairer réciproquement. Ceci me dispensera de trop longs commentaires, et ainsi j'espère mettre à moins dure épreuve votre bienveillante attention.

Parfois, il s'agit d'opérations banales, telle que des *saignées*, des *applications d'emplâtres*, destinées à soulager des *migraineux*, des *neurasthéniques*, etc., conformément à la thérapeutique de l'époque. Mais, le plus souvent, on se trouve en présence d'une jonglerie opératoire pratiquée par des chirurgiens ambulants et connue sous le nom d'*Opération des Pierres de Tête*.

La croyance populaire de l'époque attribuait volontiers les désordres de l'esprit à la présence d'un corps étranger dans le crâne. Tantôt on accusait une *guêpe*, un *taon*, un *rat* (on parle encore aujourd'hui d'*araignée*, de *hanneton*). Dans les Pays-Bas, on croyait surtout à la *pierre de tête*. Des prestidigitateurs chirurgicaux ont exploité cette croyance : ils faisaient sur le front une légère entaille, tandis qu'ils mettaient sous les yeux du patient, au bout d'une énorme pince, une pierre préalablement dissimulée dans le creux de leur main, et qu'ils étaient censés avoir retirée du crâne.

De nos jours encore, nombre d'*obsédés* décrivent avec un grand luxe de détails des sensations de corps étrangers (pierres ou bêtes), dans leur tête. Je me rappelle avoir vu une malade, atteinte d'une obsession de ce genre, qui consulta tous les

chirurgiens, en sollicitant une trépanation, seul moyen, disait-elle, de la débarrasser du caillou qu'elle affirmait être logé dans son crâne. Et je ne jurerais pas qu'elle n'ait rencontré le trépanateur de ses rêves...

Les médecins d'autrefois n'étaient pas éloignés de croire à la réalité de ces descriptions psychopathiques. C'était l'époque où les *humeurs peccantes* refluaient volontiers vers le cerveau et s'y *conglutinaient* de la façon la plus *crasse*, pour engendrer toutes sortes de manifestations vésaniques. La médecine elle-même contribua donc à accréditer la croyance aux pierres de tête.

Les artistes, Van Bosch, Van Hemessen, P. Bruegel, de Bry, Brouwer, Teniers, A. Both, N. Weymans, Frans Hals le Jeune, etc., et surtout Jan Steen, qui nous ont laissé des témoignages figurés de ces anciennes pratiques, ont finement raillé à la fois l'excessive crédulité des opérés et l'audacieuse fourberie des opérateurs.

La plupart de ces documents ont d'ailleurs été reproduits et commentés dans une série d'études, presque toutes publiées par *La Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*[1] ; il suffira d'en donner ici l'énumération.

Jérôme van Aeken (1450 ? - 1516), surnommé van Bosch, connu en Espagne sous le nom d'El Bosco.

*Les Pierres de Tête.* — Rijks-Museum d'Amsterdam.

*L'Opération chirurgicale burlesque.* — Musée du Prado, à Madrid. Avec une inscription en vieux hollandais, qui peut être traduite ainsi :

*Maître, opérez-moi de la pierre rapidement,*
*Mon nom est Blaireau Frissonnant.*

1. — Henry Meige : Les Peintres de la Médecine (Écoles Flamande et Hollandaise). Les Opérations sur la Tête. Les Pierres de Tête. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, nos 4 et 5, 2895.)

Les Arracheurs de Pierres de Tête. Janus. V. livr. 1897.

Documents nouveaux sur les Opérations sur la Tête. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.*)

Un nouveau tableau représentant les Arracheurs de Pierres de Tête. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 2, 1899.)

Le Barbier-Chirurgien de Lucas de Leyde. *Ibid.*, n° 2, 1900.

Pierres de Tête et Pierres de Ventre. *Ibid.*, n° 1, 1900.

LUCAS DE LEYDE (XVIe siècle).

*Le Barbier-Chirurgien* (gravure); collection H. M.

Une petite peinture relative au même sujet existe au musée d'Avignon.

JAN SANDERS dit VAN HERMESSEN (2e moitié du XVIe siècle).

*Le Chirurgien de village.*

*Le Chirurgien de Village.* — Musée du Prado, à Madrid.

THÉODORE DE BRY (1528-1598).

*L'extracteur de Taons* (gravure) ; collection du Dr Henry Meige, avec cette légende :

*Nil opus Anticyras abeas ; hic tollitur æstrum.*

PIERRE BRUEGEL LE VIEUX (1530-1569).

*Le "Doyen de Ronse". Les Opérateurs de Pierres de Tête ;* gravure conservée au Rijks-Museum d'Amsterdam. — En inscription sur la robe du principal opérateur : *Le Doyen de Ronse, en Flandres.*

*Le Doyen de Ronse.* — Tableau ayant appartenu au Dr Mesnet, et appartenant à M. le Dr Paul de Molènes, de Paris, — signé faussement Holbein, imitation médiocre de Bruegel ; même sujet que le précédent.

PIERRE BRUEGEL LE VIEUX (1530-1569).

Le " *Doyen de Bonse* " (gravure du musée d'Amsterdam).

PIERRE BRUEGEL LE VIEUX (1530-1569).

*Opération de la Pierre de Teste.* — Tableau du musée de St-Omer, décrit par le Dr Gaudier, de *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* n° 2, 1900. Même sujet que le précédent.

PIERRE BRUEGEL LE VIEUX (1530-1569).

*La Sorcière de Mallegem.*

*La Sorcière de Mallegem*, gravure par J. COCK, 1559, d'après Pierre Bruegel Le Vieux ;

collection du Dr Brissaud. Une gravure postérieure du même sujet existe au Cabinet des Estampes d'Amsterdam, signée T. G. et avec cette légende en hollandais, dont voici la traduction :

« Vous, habitants de Mallegem, soyez bien d'accord
» Moi, femme sorcière, je désire être aimée de vous.
» Pour vous guérir, je suis arrivée ici
» A votre service, avec mes aides, fièrement.
» Entrez librement, les grands et les humbles, venez vite
» Avez-vous la *guêpe dans la tête*, ou est-ce que les *pierres vous gênent ?...* »

PIETER QUAST. — *L'Opérateur des Pierres de Tête.*
Tableau de la collection du Dr Edmond Fournier, de Paris.

PIETER QUAST. — *Un Arracheur de Pierres de Tête. Opération sur la Tête.* — Dessin à la sanguine, ayant appartenu au Dr Liétard, de Plombières ; attribué à tort à D. Teniers le jeune. (JANUS, janvier et février 1898, p. 375.)

DAVID TENIERS LE JEUNE (1610-1690).

*Une opération sur la Tête.*

*Une opération sur la Tête.* — Tableau du musée du Prado, à Madrid. — L'esquisse originale ou la réplique signée de cette peinture a fait partie de la collection van den Wiele, à Malines (vendue en 1896). Acquis par le Dr Henry Meige.

DAVID TENIERS LE JEUNE (1610-1690)

*L'Extracteur de Verrues ou une opération sur la Tête.*

Gravure par Jan van der Bruggen, collection du Cabinet des Estampes d'Amsterdam ; collection du Dr Henry Meige.

DAVID TENIERS LE JEUNE (1610-1690).

*Un Arracheur de Pierres de Tête.*

Gravure par Jan van der Bruggen du Cabinet des Estampes d'Amsterdam.

ADRIAEN BROUWER (1608-1641).

*Un vieux Chirurgien.* — Tableau du musée Walraf Richartz, à Cologne.

*Un Arracheur de Pierres de Tête.* — Tableau de la galerie Suermondt, à Aix-la-Chapelle.

*Le Charlatan de Kermesse.* — Tableau appartenant à M. le Dr Gimbert, de Cannes ; attribution douteuse à Brouwer.

ANDRIES BOTH (1612-1650).

*Opération des Pierres de Tête.* — Tableau de la collection de M. D. A. Kœnen, à Nieuwer Amstel.

NICOLAS WEYDMANS (1re moitié du XVIIe siècle).

*L'Opération des Pierres de Tête.*

Gravure conservée au Cabinet des Estampes du Rijks-Museum d'Amsterdam, avec cette inscription :

« *Courez, courez, en grande réjouissance*
» *Ici l'on fait l'opération des pierres de tête.* »

FRANS HALS LE JEUNE (1617 ? - 1669).

*Le Charlatan.* — Tableau du musée Boijmans, à Rotterdam.

ABRAHAM DIEPRAEM (hollandais, XVIIe siècle).

*La Chambre du Chirurgien.* — Tableau de la Galerie de Schwerin.

MALO ? peintre flamand (XVIIe siècle) ? à Cambrai vers 1650.

*Opération sur la Tête.* — Tableau de la Galerie de Mannheim.

X....., hollandais ou flamand.

*Opération sur la Tête.* — Collection de M. Richard, directeur de la Galerie de peinture de Carlsruhe.

JAN STEEN (1626-1679).

*Le Charlatan.*
Tableau du Rijks-Museum d'Amsterdam

*L'Opérateur.*
Tableau du musée de Bruxelles.

JAN STEEN (1626-1679).

*L'Opérateur.*

Tableau du musée Boijmans, à Rotterdam.

CAROLUS ALLAERT (XVII^e siècle).

*Pierres de Tête et Pierres de Ventre.* — Gravure, collection du D^r Henry Meige, avec ce titre :

« *Venez, hommes et femmes, venez tous,*
» *Et faites-vous extirper la pierre.* »

Et de nombreuses légendes en vieux hollandais.

JAN VAN MIERIS (1660-1690).

*La Boutique du Barbier.* — Tableau du musée de l'Ermitage, à St-Pétersbourg.

DE WAEL (1592-1662).

*Opérations sur la Tête.*

Deux gravures, collection H. Meige.

C. FISCHER (XVII^e siècle).

*La Mort aux Rats.* — Gravure par F. de Witt; avec cette légende :

« Si, par un remède nouveau,
» *J'extirpais les rats du cerveau,*
» Combien de gens auraient besoin du spécifique,
» Et combien dans Paris seraient de mes pratiques. »

On dit populairement en Hollande, en parlant d'une cervelle fêlée, que l'individu *a des nids de souris dans la tête.*

Dr Ph. TISSIÉ, *Président-Fondateur de la Ligue Girondine de l'Éducation physique.*

**Éducation physique et Neuro-Psychologie.** — Au moment où l'éducation physique prend une place importante dans la vie de la nation et surtout en pédagogie, il m'a paru bon d'attirer l'attention des médecins aliénistes et neurologistes sur cette branche de la science éducative, qui est également médicale.

Jusqu'à ce jour, on n'a considéré, en France, les exercices physiques qu'au point de vue athlétique et trop souvent acrobatique. Le mot gymnastique éveille plutôt l'idée d'efforts violents, de traction sur les bras, dans des attitudes contraires à la physiologie, et non celle de travail progressif, méthodique et rationnel de l'économie humaine. Les parades, les exhibitions claironnées, les numéros sensationnels des cirques ont contribué à créer cet état d'esprit, cette conception erronée de ce qui est vraiment l'éducation physique. Où, jusqu'à ce jour, on n'a vu que des muscles en fonction, la nouvelle méthode psychodynamique voit surtout un travail et une fonction des centres nerveux psycho-moteurs, cérébraux, médullaires et périphériques. Voici un exemple, entre plusieurs, extrait des observations que j'ai prises sur un très grand nombre de jeunes gens se livrant aux sports :

G..., âgé de 22 ans, ancien lendiste des lendits girondins des lycées et collèges de l'Académie de Bordeaux, s'est livré aux jeux et aux sports pendant ses études au collège de B... Entré dans le commerce, il continue à s'entraîner. Ayant voulu pratiquer la marche et la course il décida de consacrer une à deux heures tous les matins, pendant un certain temps, à son entraînement, bien limité à ces deux exercices qu'il accomplit quotidiennement marchant et courant alternativement, jours entr'autres : marchant, par exemple, les jours pairs et courant les jours impairs.

Le rythme des deux mouvements (marche et course) diffère complètement l'un de l'autre, l'allure n'est plus la même ; or il arrivait régulièrement, aux premiers pas faits, qu'automatiquement, G... prenait l'allure et le rythme de l'exercice de la veille. S'il partait pour la course, il avait à déclancher, par sa volonté, le rythme de la course, car il prenait l'allure de la marche ; le lendemain il déclanchait le rythme de la marche, parce que celui de la course se présentait tout d'abord.

Cette observation établit la valeur psycho-dynamique du mouvement. G... est un médullaire. Tout acte musculaire qui se produit avec une certaine intensité et dans un temps plus ou moins prolongé tend à se reproduire automatiquement. La fonction médullaire automatique prime la fonction psychique consciente. On reproduit expérimentalement ce phénomène dans le sommeil hypnotique quand, ayant imprimé un mouvement de rotation aux deux mains autour d'un même axe, le sujet endormi continue le mouvement.

Les centres psycho-moteurs ayant été découronnés, les centres médullaires, c'est-à-dire les noyaux médullaires des mouvements que M. Sano a si bien décrits dans son excellent rapport sur les *Localisations des fonctions motrices de la moelle épinière,* entrent seules en jeu. On peut dire que tout acte musculaire est une éducation des noyaux spinaux qui le commandent. Éducation dirigée et coordonnée par les centres psychomoteurs du manteau cérébral de la substance grise. Dans l'observation de G..., il faut donc considérer quatre actes combinés : deux actes médullaires, deux actes psychiques. Un acte médullaire pour chaque groupe de muscles fonctionnant différemment dans le rythme de la marche et dans le rythme de la course ; un acte psychique pour chaque déclanchement et pour l'imposition du rythme du mouvement différent l'un de l'autre. Dans la marche, un pied adhère toujours au sol ; dans la course, les deux pieds s'enlèvent au-dessus du sol. Le travail musculaire agit sur les articulations. Par leur sensibilité exquise, que ne possèdent pas les muscles, les articulations constituent, croyons-nous, le siège des sensations musculaires dans le mouvement. Le sens musculaire n'est autre chose que du sens articulaire.

L'observation de G... établit un fait psycho-moteur d'origine spino-cérébrale. Je dois ajouter que le déclanchement du rythme était toujours volontaire et toujours douloureux. Il produisait un choc psychique suivi d'une impression pénible de fatigue d'ailleurs fugace.

Voici une autre observation prise dans une partie de barette (foot-ball atténué) au cours du lendit girondin, à Mont-de-Marsan, en 1903. Bien que MM. les Chefs d'établissement soient invités à n'envoyer aux concours physiques que des jeunes gens se portant bien, après examen du docteur, un Proviseur admit dans

l'équipe de son lycée un jeune homme de dix-huit ans qui, tout à coup, en pleine action du jeu, d'ailleurs très passionnant, s'arrêta, se mit à crier et à pleurer, appela ses parents et, les yeux hagards, demandait où il se trouvait, tremblant, ayant peur, atteint d'amnésie. L'émotion du jeu avait provoqué chez ce jeune homme un dédoublement de la personnalité, il ne reconnaissait plus ses camarades, oubliait qu'il était à Mont-de-Marsan, croyant être à P.... Il vivait un rêve — éveillé — je l'entraînai hors de la pelouse, dans un local-ambulance et là pendant une heure environ j'assistai à des phénomènes psychiques dus au découronnement de ses centres psycho-moteurs, tels qu'automatisme de certains mouvements des bras et des mains (action des noyaux médullaires), répétition d'une même phrase revenant toujours en *leit-motive*. Reconnaissance de ma personne, puis amnésie visuelle de ma physionomie, prise pour celle d'un étranger, céphalalgie assez prononcée, etc., etc. J'appris de son Proviseur que ce jeune homme s'était, un an auparavant, surmené intellectuellement ; qu'il avait fait une chute dans la cour en jouant, que la chute ne fut pas sérieuse mais qu'en se relevant il avait offert les mêmes signes d'amnésie avec répétition d'une même phrase stéréotypée. Ces phénomènes se reproduisent sous l'influence de la fatigue intellectuelle. Avais-je devant moi un candidat à la démence précoce ? Peut-être bien.

J'ai parlé des effets de la fatigue sur les fonctions des centres psycho-moteurs, en citant l'appétence de certains sujets pour les exercices physiques *(Les Ludomanes)*. J'ai noté des guérisons obtenues dans le traitement de tics et de toux tiqueuse par la gymnastique respiratoire, me basant pour cela sur la relation intime existant entre le cerveau et les poumons ; ou mieux, entre l'attention et la respiration ; la cérébration et la musculation. L'observation établit que la respiration et l'attention *forcées* sont antagonistes entre elles. Considérant le tic comme de l'attention forcée rendue subconsciente par la répétition et par l'habitude, j'ai pensé que celle-ci devait être déplacée par une respiration forcée. Des guérisons ont confirmé cette vue de l'esprit ayant pris naissance dans un fait d'observation banale. Le monoïdeisme est constitué par l'attention forcée sur une seule pensée. Chez les lypémaniaques il est accompagné d'un minimum de respiration ; ce minimum se révèle par la cyanose, et comme consé-

quence de l'atténuation de la respiration, par une atténuation de la circulation de retour, d'où œdèmes, généralement localisés aux parties déclives des membres inférieurs. D'autre part, dans le polyideisme avec suppression de l'attention comme dans la manie aiguë, la respiration est très active, la circulation sanguine et lymphatique n'est pas enrayée, les œdèmes n'existent pas.

Ces diverses observations m'ont donc amené à me demander si l'application des exercices physiques, d'après la nouvelle méthode psycho-dynamique, ne pourrait pas rendre des services dans le traitement de quelques maladies mentales, surtout chez les adolescents.

Le rapport de M. Deny sur les *Démences vésaniques*, dites précoces, donne une valeur à ce point d'interrogation.

Je fixe mon interrogation sur les propositions suivantes :

1° *La gymnastique doit être respiratoire.*

Ici nous entrons dans un domaine ignoré des français mais fort connu des suédois. Je ne puis même l'aborder, c'est toute la méthode de gymnastique suédoise qu'il faudrait développer et cela nous mènerait trop loin. Je renvoie donc à l'étude de la gymnastique rationnelle appliquée en Suède en pédagogie et en médecine.

Je dois à l'obligeance de M. le capitaine-commandant Lefebure,

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 1. — Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à sa partie inférieure et pour objet l'amplitude des poumons à leur base. (Position fondamentale : *debout ;* position annexe des bras : *aile fermée.*)

Fig. 2. — Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à sa partie inférieure et moyenne ; et pour objet, l'amplitude des poumons à leur base et à leur centre. Action très importante sur le rhomboïde par la projection de l'angle inférieur de l'omoplate vers la ligne axillaire. (Position fondamentale : *debout ;* position dérivée pour les jambes : *losange ;* position annexe pour les bras : *invocation.*

commandant l'École normale de gymnastique et d'escrime militaires de Belgique, la communication des clichés ici reproduits,

extraits de sa *Méthode de Gymnastique éducative* établie sur les bases scientifiques de la méthode suédoise de Ling. Tous les

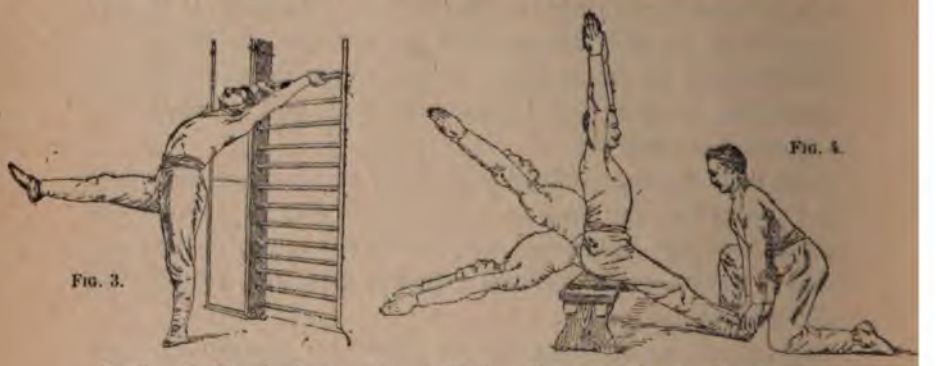



Fig. 3. — Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à sa partie supérieure, et pour objet l'amplitude des poumons à leur sommet. (Position fondamentale : *debout ;* position dérivée : *fléau droit* avec action sur le droit antérieur de l'abdomen et le psoas-iliaque ; annexe pour le tronc : *courbe raidie* avec action sur le massif dorso-lombaire ; annexe pour les bras : *invocation appuyée à l'espalier* avec action sur les pectoraux, les dentelés, le sterno-cleïdo-mastoïdien.)

Fig. 4. — Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à la partie supérieure avec amplitude maximum des poumons à leur sommet dans le troisième mouvement en *courbe raidie*. (Position fondamentale : *assis* ayant pour objet l'entraînement des muscles dorso-lombaires et de la ceinture abdominale, antagonistes du diaphragme ; position annexe pour le tronc : *courbe raidie ;* position annexe pour les bras : *invocation.*

Fig. 5.

Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique à la partie supérieure et pour objet l'amplitude des poumons à leur sommet. (Position fondamentale : *debout ;* position annexe pour le tronc : *courbe raidie ;* position annexe pour les bras : *invocation appuyée.)*

mouvements représentés ont pour effet le développement de la

cage thoracique et pour objet une plus grande amplitude de la capacité pulmonaire dans l'acte respiratoire.

Fig. 6.

Position des bras ayant pour effet le soulèvement de la cage thoracique dans ses parties latérales, inférieure, moyenne et supérieure; et pour objet l'amplitude latérale des poumons. (Position fondamentale : *debout ;* position dérivée : *fléau gauche appuyé ;* position annexe du tronc : *éventail gauche ;* position annexe des bras : *invocation.)*

Nota. — Dans tous les mouvements du tronc, l'*inspiration* doit être pratiquée au moment de l'élévation des bras et des côtes ; pour les bras : en *aile fermée, invocation,* etc ; pour le tronc : en *courbe raidie, éventail,* etc. ; c'est-à-dire à chaque mouvement d'amplitude thoracique. L'expiration doit être pratiquée au moment de l'abaissement des bras et des côtes.

Tous les muscles qui prennent leur point d'appui *au-dessus* du diaphragme sont *inspirateurs ;* tous ceux qui le prennent *au-dessous,* sont *expirateurs.* Toute la science en gymnastique éducative respiratoire consiste à savoir mettre en fonction, *par antagonisme réciproque,* le diaphragme et ces deux grands groupes musculaires.

Pour mieux fixer les idées je projetterai ce soir sur l'écran une série de clichés photographiques pris en Suède à l'Institut central de gymnastique de Stockholm, dans les écoles et dans les cliniques médicales. On constatera que la gymnastique rationnelle telle qu'elle est appliquée en Suède est une science exacte et que cette science rend de bien grands services en thérapeutique.

2° *Le mouvement est de la pensée en action ; la pensée est du mouvement en puissance.*

La psychologie contemporaine a enregistré expérimentalement la relation intime qui existe entre le mouvement et la pensée.

Binet, Courtier, Hallion, Comte, etc., ont établi que les pensées heureuses ont une répercussion sur le pouls capillaire dont le dicrotisme est à soulèvement inférieur bien délimité et que les pensées tristes donnent un dicrotisme faible, atténué, à soulèvement supérieur. La pensée agit donc sur la tunique musculaire des capillaires. Il est permis d'admettre que ce dicrotisme est généralisé à toute la circulation capillaire de l'économie et que chez la femme il se manifeste dans la circulation capillaire utérine. On sait d'autre part qu'une forte émotion peut provoquer l'avortement, c'est-à-dire l'expulsion du fœtus par une violente contraction des muscles utérins. Si nous considérons l'embryogénie nous voyons que, dès la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde, la caduque utérine le saisit et l'encapuchonne dans sa muqueuse. Une circulation nouvelle s'établit entre l'organisme maternel représenté par la caduque utérine et le chorion adhérent à l'organisme fœtal. La première manifestation de la vie nouvelle qui bourgeonne sur une vie antérieure est d'ordre circulatoire. Dès la fécondation, le feuillet externe fournit la cellule nerveuse. Il constitue les centres nerveux : cerveau, moelle épinière, peau, organe des sens.

Si maintenant une modification dans la circulation capillaire s'établit chez la mère sous l'influence du plaisir ou de la douleur ; d'une pensée heureuse ou triste, la répercussion se fait aussitôt sentir dans la circulation de la caduque et du feuillet externe. Ce feuillet préside aux débuts de la vie embryonnaire. La cellule musculaire qui naît du feuillet moyen par invagination du feuillet externe, peut être considérée comme l'annexe dynamique de la cellule nerveuse statique. Les dicrotismes du plaisir et de la douleur maternelle se manifestent donc par une circulation différente dans les feuillets externes et moyens, c'est-à-dire dans les cellules nerveuses et musculaires. D'où irrigation plus grande de ces cellules dans le dicrotisme sthénique du plaisir, et plus faible dans le dicrotisme asthénique de la douleur, c'est-à-dire *oxydations différentes*. On ne doit jamais oublier que l'homme vit dans un milieu aérien dont le principe même de vie est l'oxygène. La vie est une combustion par oxydation, d'où importance majeure de l'acte respiratoire.

La fonction faisant l'organe, la cellule gagne en vitalité d'après la quantité et la qualité du liquide sanguin émis capillai-

rement dans la circulation générale de la mère reposée ou fatiguée, heureuse ou malheureuse. Cette vitalité est dosée quantitativement par l'amplitude de l'onde sanguine et par la gymnastique plus grande de la tunique capillaire qui se fortifie en raison même de son plus grand travail ; elle est dosée qualitativement par la valeur chimique du plasma sanguin qui, par une irrigation plus active, se débarrasse plus facilement des toxines produites, ou qui les conserve dans la stase d'une circulation capillaire asthénique, d'où intoxication plus facile de la cellule nerveuse et musculaire, et création d'un milieu à moindre résistance constituant, par ce fait, un état de fatigue constitutionnelle.

La cellule musculaire peut être considérée comme le prolongement extérieur de la cellule nerveuse.

La mise en fonction de la cellule nerveuse met automatiquement en fonction la cellule musculaire et vice versa; celle-ci actionne automatiquement, par effet de retour, la cellule nerveuse. Pensée et mouvement ne sont que les deux manifestations d'un même phénomène psycho-dynamique ;

3° *Il existe un antagonisme absolu entre l'attention et la respiration forcées. A attention profonde, respiration superficielle ; à respiration profonde, attention superficielle.*

Outre les exemples de la lypémanie et de la manie, il est une observation que chacun peut faire sur lui-même. Dans le travail intellectuel, où l'attention est fortement tendue sur un sujet abstrait ; dans l'émotion qui capte fortement l'attention ; dans la peur qui fait surgir le monoïdeisme pour la protection ou la défense du moi, la respiration est modifiée, on respire à peine ou on ne respire pas du tout. Par contre, dans un exercice respiratoire intense avec jeu pulmonaire profond, l'attention ne peut être fixée sur un sujet abstrait. Les associations heureuses d'idées, les traits d'esprit, peuvent être facilités par la respiration forcée, mais le cerveau est impuissant à se saisir pour un travail sérieux.

Faut-il trouver l'explication de cet antagonisme dans une circulation sanguine plus grande, cérébrale ou pulmonaire, selon le moment de la fonction de l'un ou de l'autre de ces deux organes ?

Quoiqu'il en soit, il y a là un fait psycho-physiologique qu'il

est intéressant et même nécessaire de connaître dans l'application du mouvement physique à la pédagogie et à la médecine. Savoir jouer des poumons, c'est savoir jouer du cerveau ;

4° *Chaque sujet naît avec un potentiel nerveux ; il peut l'élever par l'éducation. Ce potentiel va à la cellule nerveuse pour la* CÉRÉBRATION ; *à la cellule musculaire pour la* MUSCULATION.

Les travaux publiés sur la fatigue physique, intellectuelle et émotive qui dédoublent le moi, tendent à faire admettre que l'accumulateur psycho-moteur humain, comme les accumulateurs industriels, peut se décharger lentement ou brusquement et, d'autre part, que le même influx nerveux, produit du mouvement avec la cellule musculaire ou de la pensée, avec la cellule nerveuse.

Fournir aux deux fonctions en même temps c'est augmenter le travail nerveux et provoquer un rendement exagéré de la machine humaine.

Une bonne hygiène peut élever le potentiel héréditaire en fortifiant la cellule nerveuse, d'où nécessité d'une bonne éducation physique, intellectuelle et morale ; éducation de la volonté faite des témoignages infinis et très complexes des organismes cellulaires ;

5° *La fatigue est en raison de l'abaissement du potentiel par l'acte accompli musculaire, intellectuel ou émotif. La fatigue par* CÉRÉBRATION *et la fatigue par* MUSCULATION *s'additionnent, elles ne se soustraient pas mutuellement.*

C'est une erreur de croire qu'un exercice musculaire violent, intense ou prolongé repose d'une fatigue cérébrale. Une grande fatigue musculaire supprime tout pouvoir de concentration psychique. Si l'exercice physique peut être prolongé chez certains sujets jeunes, à potentiel facilement rechargeable, il est cependant à craindre que l'abus ne provoque des désordres sinon immédiats du moins à échéance plus ou moins rapprochée.

Chez les neurasthéniques à potentiel abaissé et péniblement réparable il faut se montrer très prudent, car la fatigue arrive vite, les déchets de l'organisme intoxiquent facilement la cellule nerveuse.

Le criterium de la fatigue est l'inappétence, l'assoiffement et l'insomnie ; celui de la bonne condition psycho-motrice est l'appétit, le peu de besoin de boire et le sommeil réparateur. Dans

le traitement physique du système nerveux il faut que le sujet reste toujours au-dessus de ses moyens.

La volonté étant le passage du jugement à l'acte et le jugement ne pouvant s'établir que par l'apport des mémoires-témoins, la valeur éducative d'un mouvement est en raison directe de celle des témoignages, c'est-à-dire des représentations psycho-motrices dont ce mouvement fixe l'empreinte dans les centres psychiques (action de la cellule musculaire sur la cellule nerveuse); d'où la nécessité de bien connaître la valeur de chaque groupe de mouvements physiques par rapport à ses fonctions thérapeutiques par des représentations motrices.

L'attitude imposée aux sujets hypnotiquement endormis éveille automatiquement, par rappel des mémoires, les idées que ces attitudes représentent.

Les mains jointes provoquent des idées religieuses, les bras ouverts celles de la frayeur ou de la joie, selon le geste provoqué, etc....

Ayant délimité sur la peau, chez un sujet hypnotiquement endormi, les points d'insertion thoracique de son diaphragme et ne lui ayant dit que ces mots : « La zone que je délimite est insensibilisée », je m'aperçus tout à coup que la respiration était arrêtée, le diaphragme ne fonctionnait plus. Cette expérience tendrait à prouver que le jeu diaphragmatique, au moins chez ce sujet, était lié à une mémoire cutanée, limitée à la zone d'insertion thoracique. Le diaphragme, par son jeu physiologique, agit sur la peau à la zone d'insertion costale tour à tour tendue et distendue par le mouvement d'abaissement ou de soulèvement de la voûte diaphragmatique, des côtés, des muscles et de la peau.

La valeur de la rééducation musculaire dans certaines affections nerveuses, telle que le tabes, dépend de la valeur des témoignages cutanés et musculaires provoqués par le médecin qui applique le traitement;

6° *Toute animalité qui se développe en vie fœtale dans un milieu resserré : utérus, coque d'œuf, extériorise l'affirmation du moi dans le geste de force, en* EXTENSION ; *et l'abaissement du moi dans le geste de faiblesse, en* FLEXION. *La raison de ces deux grands gestes est, croyons-nous, dans le développement du fœtus en flexion.*

La vie du muscle a pour principe le mouvement et l'alternance entre la flexion et l'extension de sa fibre. Un muscle qui se repose et qui s'immobilise dans une même attitude s'atrophie.

La douleur musculaire et articulaire d'un segment du corps longuement immobilisé dans une même attitude est très grande, telle la douleur de l'immobilisation dans une gouttière. La fatigue éprouvée par les poseurs dans les ateliers pour la tenue prolongée des attitudes, les force au repos. Beaucoup meurent tuberculeux par surmenage musculaire. La fatigue du soldat immobilisé sous les armes est connue.

Au repos, dans le lit on ne peut conserver longtemps la même attitude; on change de position sous l'influence de la gêne musculaire et articulaire. La vie musculaire du fœtus commence au quatrième mois. A partir de ce moment et pendant cinq à six mois l'immobilisation des fibres musculaires est maintenue en flexion ; le fœtus remue surtout aux derniers mois, parce qu'il détend ses muscles fatigués. La première manifestation de la vie est d'ordre circulatoire, avec le pouls capillaire sthénique ou asthénique de la mère, et irrigation plus ou moins profonde des cellules nerveuses musculaires. Si plus tard l'irrigation des faisceaux musculaires constituant la musculation du fœtus est assurée par le système circulatoire fœtal qui, d'ailleurs, est une annexe de la circulation maternelle, les rapports musculo-nerveux n'en existent pas moins. L'impression ressentie par le muscle se répercute aux centres psycho-moteurs, moelle épinière et cerveau. Chaque cellule musculaire correspondant à une cellule nerveuse, les localisations cérébro-spinales constituent des groupements de cellules nerveuses ou des noyaux similaires aux groupements de cellules musculaires ou des fibres. Ainsi s'établissent les localisations musculo-psychiques, d'après la loi évolutive de la fonction qui fait l'organe. L'organe moteur (localisation médullaire) et l'organe psychique (localisation centrale) se constituent ainsi mutuellement par des actes communs musculaires et nerveux accomplis au cours de la vie fœtale.

Donc, union complète et rapports intimes et absolus, dès la vie intra-utérine, entre la *musculation,* la *spinalisation* et la *cérébration.*

La flexion intra-utérine longtemps maintenue impose au fœtus une « gêne » musculaire et *surtout articulaire;* la détente

de ses articulations constitue une impression opposée de « bien-être », d'où formation, dès la vie intra-utérine, de deux territoires psycho-moteurs de « gêne » et de « bien-être ». Toutes les impressions de même nature se dirigeront ensuite, automatiquement, dans le cours de la vie, vers chacun des deux territoires qui leur est propre pour constituer les représentations *douleur* (territoire « gêne ») et *plaisir* (territoire « bien-être »). Tous les gestes en flexions seront provoqués par les mémoires de gêne (c'est-à-dire d'abaissement du « moi » avec circulation sanguine ralentie et pouls capillaire asthénique : douleur, fatigue, humilité, timidité, avarice, prière, peur, hypocrise, obéissance, placidité, doute, égoïsme, etc. en un mot, tous les sentiments qui placent l'individu en état d'infériorité vis-à-vis de lui-même ou du milieu. D'autre part, tous les gestes en extension seront provoqués par les mémoires de « bien-être », c'est-à-dire d'affirmation du moi avec circulation sanguine augmentée et pouls capillaire sthénique : plaisir, repos, orgueil, commandement, prodigalité, imprécation, courage, loyauté, foi, altruisme, en un mot tous les sentiments humains ou sociaux qui placent l'individu en état de supériorité vis-à-vis de lui-même ou du milieu.

Ainsi peuvent s'expliquer les phénomènes psycho-physiologiques appelés « miracles ». Ils ne sont que la manifestation de la cellule nerveuse spino-cérébrale sur la cellule musculaire, sous l'influence d'une circulation capillaire sthénique ou asthénique selon l'affirmation ou la négation du moi sous la domination de l'Idée-force. L'Idée-force, c'est-à-dire le conglomérat de toutes les tendances psycho-motrices de l'individu ne peut exister que dans certaines conditions bien déterminées. Il faut que la somme des mémoires, ou représentations d'un ordre donné, soit assez grande pour s'élever au-dessus des autres représentations habituelles qui gouvernent l'existence afin de les dominer en leur faveur, il faut aussi que le cerveau soit arrivé à un degré d'évolution organique assez élevé pour pouvoir emmagasiner les impressions et les classer. L'Idée-force n'existe ni dans le premier âge, ni dans l'enfance et très peu dans l'adolescence ; elle se manifeste à l'âge adulte où le cerveau atteint son complet développement il faut encore que le cerveau soit bien constitué car on ne trouve pas de trace d'Idée-force chez l'idiot, l'imbécile,

le gâteux, le dégénéré, etc. Les rapports intimes existant entre la cellule nerveuse, siège de l'*Idée* et la cellule musculaire, siège de la *Force*, font entrevoir la double action psycho-motrice et vaso-motrice de l'Idée-force, c'est-à-dire des représentations, sur la formation des stigmates et des pleurs de sang, etc. ; sur les modifications des battements du cœur, sur la circulation artérielle et capillaire, expliquant ainsi les cicatrisations de certains ulcères et de plaies sanieuses, sur les paralysies musculaires d'origine psychiques, etc., etc.

L'attitude fœtale est prise automatiquement en flexion dans la douleur, et en extension dans le plaisir, non seulement chez l'homme, mais chez l'animal : quadrupède, bipède ou vertébré, ayant évolué fœtalement dans un milieu resserré. Le premier mouvement du fœtus est sa première pensée. Le premier mouvement fœtal est la première localisation medullo-psychique de ce mouvement.

L'art dans tous les pays et dans tous les âges a représenté la douleur en flexion et le plaisir en extension, tels les préhistoriques dans les gravures rupestres, tels les Assyriens, les Egyptiens, les Grecs et les modernes. Le magnifique monument du Père Lachaise, à Paris « Aux Morts », de Bartholomé, est un exemple. La femme, en attitude fœtale du premier plan, est au maximum de la douleur. Toutes les attitudes des autres personnages sont également en flexion, mais le degré de cette flexion est en raison de la mentalité que le milieu ou l'éducation ont créée chez chaque sujet. L'opposition est complète entre les deux femmes, celle du premier plan en attitude fœtale, en flexion complète, et celle de l'entrée au tombeau, en demi extension. Chez la première, l'Idée-force, excito-motrice, la Foi n'existe pas ; chez la seconde, elle existe et elle s'affirme dans l'extension légère du tronc, de la tête et du bras dans l'affirmation du moi, devant le mystère de la mort. Chez l'homme *qui doute*, la flexion est plus accentuée parce que le doute est asthénique et ramène automatiquement les segments dans l'attitude de la position fœtale. La flexion est plus prononcée dans le cortège d'un enterrement à la campagne que dans celui de la ville, parce que l'affirmation du moi est une nécessité sociale dans les grands centres où la lutte pour la vie est plus âpre qu'au village.

L'enfant se met plus facilement en flexion que l'adolescent et celui-ci que l'homme. L'homme civilisé est obligé de se composer un masque. Le masque des sensitifs et des timides est d'autant plus rigide que la timidité se méfie d'elle-même. Cette tenue est laborieuse parce que le geste fœtal en flexion tend toujours à se reproduire, la volonté ou plutôt le jugement impose le geste en extension. La lutte psycho-motrice entre ces deux gestes est intense, continue, profonde, elle provoque forcément la fatigue surtout chez les hommes d'État timides et sensibles obligés de toujours se composer un geste affirmatif à coup de volonté.

Le retour à l'attitude fœtale en flexion est en raison directe : 1° du degré de civilisation, le noir se fléchit plus facilement que le blanc ; 2° de l'âge, tel l'enfant, l'adolescent et l'homme ; 3° de l'émotivité, la femme se fléchit plus facilement que l'homme, d'où sa religiosité plus grande, etc.

Le retour à l'attitude fœtale en flexion est en raison inverse : 1° de l'éducation du caractère et de la volonté ; 2° du pouvoir d'inhibition acquis par l'éducation ; 3° de la santé physique intellectuelle et morale de la mère, au moment de la conception et de la gestation, puisque la répercussion circulatoire sur l'embryon est directement liée au pouls capillaire maternel. Ce pouls est sthénique dans le bien-être et asthénique dans la gêne. En raison de ces faits, la société doit protéger la mère depuis le moment de la fécondation jusqu'à celui de la délivrance. Dans tout homme, il faut toujours considérer l'ex-fœtus.

***

Telles sont les considérations d'ordre général qui m'ont paru devoir attirer l'attention du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes sur la place importante que doit prendre forcément l'éducation physique dans notre vie sociale.

Ces choses-là sont encore très peu connues. Nul cours d'éducation physique n'existe dans les Facultés de Médecine. C'est une lacune que l'avenir doit combler, parce que l'éducation physique est avant tout une éducation nerveuse des centres psychomoteurs. Il appartient aux médecins neurologistes sinon d'en prendre la direction, du moins d'apporter leur contribution scientifique à cette œuvre éminemment sociale.

Longtemps délaissée et livrée à des maîtres incompétents,

l'éducation physique est maintenant l'objet d'une grande sollicitude. Les bons vouloirs sont nombreux mais trop souvent encombrants. Dans la tour de Babel qu'est actuellement l'éducation physique, chacun parle une langue différente. L'empirisme, qui n'a pas désarmé, croit résoudre la question en satisfaisant tout le monde, par une méthode éclectique faite de pièces et de morceaux disparâtes qu'aucune loi scientifique directrice ne relie. Il joue également de la fibre patriotique en exaltant un chauvinisme déplacé. Ce chauvinisme refuse l'acceptation de la méthode suédoise, la seule qui soit scientifique.

L'homme, sous toutes les latitudes, possède un cerveau, un cœur, des poumons, des muscles, soumis aux mêmes lois psycho-physiologiques. Faire appel au chauvinisme en éducation physique est une faute lourde. Seuls, les hommes qui ne fréquentent pas avec la science peuvent la commettre ; c'est là leur seule excuse, mais ils retardent l'évolution en jetant le trouble dans les esprits, et c'est là leur condamnation.

Le moment est venu d'aiguiller la question sur la voie vraiment scientifique.

Ma communication n'a d'autre but que d'appeler l'attention des savants de ce Congrès, dont les travaux sur les maladies mentales et sur la psycho-neurologie font autorité ; si j'ai fait admettre l'idée que la collaboration des médecins aliénistes et neurologistes à l'œuvre de l'éducation physique est devenue une nécessité sociale, je considèrerai mes efforts comme ayant abouti pour la Patrie, par la Science.

M. F. SANO, *d'Anvers (Belgique)*. — Je n'oserais pas me rallier à toutes les propositions de M. Tissié, et je ne pense pas, notamment, que l'on puisse rattacher la surface pulmonaire à l'appareil ectodermique ; le poumon se développe aux dépens d'un bourgeon de l'endoderme. Mais je dois applaudir au principe même qui guide M. Tissié et qui consiste à augmenter dans les questions pédagogiques l'importance des préoccupations médicales et, partant, à relever la valeur du rôle que le médecin doit remplir dans les établissements d'éducation et d'enseignement.

A ce point de vue on ne saurait trop encourager une si noble et si courageuse initiative. Je puis en parler d'autant mieux que

nous en voyons chez nous les bienfaisants résultats. Grâce à une heureuse coïncidence, l'échevin de l'instruction publique à Anvers est médecin. Notre éminent confrère, le Dr V. Desguin, a donné à l'organisation du service médical des écoles une importance qu'elle n'a, je pense, nulle autre part. Non seulement nous avons quatre médecins inspecteurs des écoles qui concourent par leurs rapports et leurs conseils journaliers à corriger les écarts d'hygiène qu'il leur arrive d'observer, mais nous possédons, sous la direction du professeur Schuyten, un laboratoire de pédologie des mieux outillés. Je dois ajouter que le Dr Ley, médecin inspecteur, qui a sous sa haute surveillance l'école spéciale pour enfants arriérés, possède également un laboratoire de pédologie pathologique. En outre, une Société de pédologie, qui a des sections dans d'autres villes du pays, réunit périodiquement au laboratoire du professeur Schuyten les instituteurs et les médecins qui s'intéressent aux questions de pédologie. L'influence considérable de cette organisation modèle se fait journellement sentir et si des critiques se font jour de temps à autre, c'est précisément parce que sans cesse les questions médicales sont discutées avec compétence dans un tel milieu et avec de si précieux éléments.

Qu'il me soit permis d'ajouter aux faits intéressants cités par M. Tissié un exemple qui montre que, de nos études communes, d'autres notions encore peuvent résulter et que leur connaissance n'est peut-être pas sans utilité pratique.

Si j'envisage les noyaux moteurs médullaires qui entrent en fonction lors d'un mouvement simple, je pourrai me rendre compte de la région médullaire en activité.

En décomposant les mouvements qui successivement se produisent au cours d'une action complexe, la marche, la course, la nage, le saut, par exemple, je pourrai me rendre compte de la variation des régions mises en activité. Je pourrais suivre l'influx nerveux dans les divers étages de la moelle.

Dans les mouvements simples, ce sont d'habitude des noyaux très proches les uns des autres qui entrent en fonction. Les muscles antagonistes ne sont pas fort éloignés les uns des autres ; ils occupent cependant des régions assez différentes au point de vue de leur irrigation sanguine.

Ainsi M. Tissié nous parle de l'extension et de la flexion en

général et de celles du tronc plus spécialement. Il est curieux de noter que les muscles extenseurs de la colonne, tous localisés vers les noyaux médians, reçoivent leurs artères de l'artère vulco-commissurale, tandis que les noyaux fléchisseurs reçoivent leur irrigation sanguine de la vaso-corona, comme s'il y avait également une spécialisalion de l'irrigation sanguine. On a fait remarquer que la grande circulation périphérique du cerveau est antagoniste de la circulation des noyaux de la base. Le même fait paraît exister dans la moelle et correspondre nettement, dans ce dernier cas, à des différences dans la valeur fonctionnelle et antagoniste des noyaux innervés.

Le mouvement complexe qui me paraît le plus remarquable à analyser, c'est celui de la nage. J'entends parler de la nage exécutée comme le fait la grenouille. De l'étude des noyaux de la moelle qui se trouvent successivement intéressés dans cet acte on peut conclure : que successivement, de la moelle cervicale à la moelle lombo-sacrée, *tous* les noyaux se trouvent tour à tour intéressés. L'ensemble des mouvements se passe comme si une onde nerveuse excitatrice passait de la partie apicale à la partie caudale, intéressant successivement tous les noyaux moteurs, sans que le cordon pyramidal doive intervenir. La nage réalise l'ensemble des mouvements le plus régulier, le plus harmonique, le moins fatigant.

On voit combien l'étude rationnelle de la gymnastique et des sports peut gagner à la connaissance de ces notions qui, à première vue, paraissent ardues et purement théoriques.

M. BÉRILLON, *Médecin-Inspecteur des Asiles d'aliénés de la Seine, Professeur à l'École de Psychologie.*

**La méthode hypno-pédagogique. — Ses applications au traitement des habitudes vicieuses chez les enfants.** — La tendance aux impulsions vicieuses, anti-sociales, correspond chez les enfants à l'absence du pouvoir modérateur désigné sous le nom de volonté d'arrêt.

En général, l'éducation normale suffit pour créer la volonté d'arrêt. Mais il se présente des cas où les procédés habituels d'éducation se montrent insuffisants à réprimer les tendances impulsives. De là la nécessité de recourir à des procédés spéciaux de dressage.

En 1886, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Nancy, nous avons présenté une étude générale sur la *Suggestion envisagée au point de vue pédagogique*. Dès ce moment, nous basant sur de nombreuses expériences qui nous avaient montré la valeur indiscutable de la suggestion hypnotique comme agent moralisateur, nous avions pu formuler quelques conclusions générales dont voici les principales :

« Lorsqu'on aura, disions-nous, à se préoccuper de l'avenir d'enfants vicieux, impulsifs, récalcitrants, incapables de la moindre attention, et de la moindre application, manifestant un penchant irrésistible vers les mauvais instincts, nous pensons qu'il n'y aura aucun inconvénient à provoquer l'hypnotisme chez ces créatures déshéritées.

» Pendant le sommeil hypnotique, les suggestions ont plus de prise. Elles ont un effet durable et profond. Il sera possible, dans bien des cas, en les répétant autant que cela est nécessaire, de développer la faculté d'attention chez ces êtres jusqu'alors incomplets, de corriger leurs mauvais instincts et de ramener au bien des esprits qui s'en seraient écartés infailliblement. »

En terminant, nous déclarions que, autant il y aurait d'illogisme à pratiquer l'hypnotisme chez des sujets excellents, bien portants, autant il y aurait d'intérêt à l'appliquer comme moyen pédagogique chez des sujets mauvais, vicieux ou malades. Nous nous empressions d'ajouter que l'emploi de ce procédé devrait être surtout réservé pour les cas où tous les autres moyens rationnels d'éducation auraient échoué, et qu'il ne devrait être appliqué que sous la direction de médecins compétents et exercés.

Depuis, la question s'est élargie et les applications de la suggestion hypnotiques à la pédagogie se sont multipliées.

Un des premiers résultats de ces recherches a été de modifier un certain nombre d'idées préconçues relatives à la méchanceté et à la perversité des enfants.

Les dispositions du caractère présentent de grandes variétés individuelles. Chez les animaux, de même que chez l'homme, ces dispositions évoluent entre ces deux termes : docilité et méchanceté. Chez l'enfant, l'analyse du caractère est difficile et l'on observe un nombre infini de modalités. Cela tient à ce que

les aptitudes héréditaires sont contrariées par les influences de milieu. Ces influences, à notre avis, jouent le rôle prépondérant dans la constitution de la personnalité ; cependant, abstraction faite de toute influence de milieu et de toute action éducative, un certain nombre d'enfants se montrent naturellement dociles et doux, tandis que d'autres se montrent indociles et méchants.

La plupart des auteurs ne voient dans la méchanceté et l'indocilité que des manifestations de la dégénérescence héréditaire. En réalité, pas plus chez l'homme que chez les animaux, la méchanceté n'est l'apanage de la dégénérescence. Des individus très robustes, de race très pure, sont d'emblée méchants ; d'autres, très dégénérés, sont très doux[1].

Quelle que soit la cause originelle de la méchanceté de l'enfant, il convient de recourir, pour la modifier, à une éducation spéciale et à un véritable dressage.

Le but de ce dressage sera surtout de créer chez l'enfant de véritables centres d'arrêt psychique et de procéder à une *éducation systématique de la volonté*. L'absence de la volonté d'arrêt conduit fatalement l'individu à la dégradation par la satisfaction exagérée des appétits. Par extension, l'absence de la volonté d'arrêt devient donc un facteur important dans la provocation de la dégénérescence.

La méthode d'éducation systématique de la volonté d'arrêt consiste dans l'emploi de la suggestion hypnotique.

Il est très remarquable de constater que les mêmes enfants qui se montrent absolument indociles et insociables à l'état de veille deviennent immédiatement malléables et éducables, dès qu'ils sont plongés dans l'état d'hypnotisme.

D'ailleurs les déséquilibrés et les dégénérés doivent, dans une certaine mesure, être appelés à bénéficier de cette méthode.

Pour Magnan, les impulsions irrésistibles ont leur cause dans un état de déséquilibration de l'axe encéphalo-médullaire. Or, dans le sommeil normal, et encore plus dans le sommeil provoqué, l'équilibre des fonctions nerveuses tend à se rétablir.

1. — Des exemples frappants nous sont donnés constamment en Asie Mineure. Les soldats turcs, très sobres, très robustes se montrent souvent cruels ; les Arméniens, extrêmement dégénérés, sont très doux. Les brigands de l'Herzégovine, d'une sobriété exemplaire, de race très pure et sans mélanges, exempts de tout stigmate de dégénérescence sont enclins au vol, à l'homicide et à toutes les manifestations de la cruauté.

C'est probablement par cette action physiologique du sommeil qu'on peut expliquer l'influence curative de l'hypnotisme.

Nous avons donné à notre méthode le nom de *Méthode hypno-pédagogique*, parce que l'emploi de l'hypnotisme en constitue l'élément fondamental.

Actuellement, en présence des résultats obtenus, on peut considérer la *méthode hypno-pédagogique* comme une science positive, réunissant tous les éléments d'une véritable *orthopédie mentale*.

En effet, il n'est plus permis de méconnaître la valeur de la suggestion hypnotique employée comme agent moralisateur et réformateur dans le traitement des enfants pervers, kleptomanes, impulsifs ou vicieux.

Nous avons journellement l'occasion d'en faire la démonstration expérimentale, lorsque des parents, justement préoccupés des tendances impulsives constatées chez leurs enfants, viennent spontanément nous demander d'appliquer sur ceux-ci la méthode hypno-pédagogique.

L'emploi de ce procédé a déjà permis de guérir un grand nombre d'enfants réfractaires aux procédés habituels d'éducation et *considérés à tort comme incorrigibles*.

Dans un grand nombre de cas, le succès de la méthode hypno-pédagogique est d'autant plus frappant et plus convaincant que les enfants soumis à ce traitement sont sous la menace d'un internement immédiat dans une maison de correction et qu'on y a recours, seulement, à la dernière extrémité.

Sans m'étendre sur l'exposé des procédés par lesquels on arrive à réformer chez un enfant les troubles du caractère et les habitudes vicieuses, je me bornerai à dire que les applications de la pédagogie suggestive reposent sur cinq principes fondamentaux qui découlent de l'expérience et de l'observation des faits.

1. — Le premier principe consiste dans *la nécessité d'étudier préalablement la suggestibilité naturelle des sujets*, c'est-à-dire de faire le *diagnostic de la suggestibilité*.

Pour cela, il faut, à l'état de veille, provoquer par suggestion, l'exécution automatique d'une série d'actes très simples. Le résultat de ces suggestions donne la mesure de leur suggestibilité. Cette expérience ne sert pas seulement à mesurer le degré

de suggestibilité de l'enfant ; elle devient un moyen d'investigation et d'exploration psychologique d'une très grande précision. Elle donne des résultats inattendus et révèle chez certains enfants une suggestibilité très supérieure à celle qu'on pourrait leur attribuer au seul aspect de leur physionomie. On comprendra l'importance de ces expériences quand on aura constaté la réalité de ce fait auquel nous donnons la valeur d'une véritable loi psychologique, à savoir que « *la suggestibilité est en rapport direct avec le développement intellectuel du sujet* ».

En un mot, *suggestibilité* est synonyme d'*éducabilité* et de *sociabilité*.

2. — Le second principe est de *provoquer chez l'enfant l'état d'hypnose, ou tout au moins un état passif,* c'est-à-dire un état physiologique caractérisé par la suppression et la diminution des diverses activités de son esprit, et par l'augmentation de l'automatisme.

Pour obtenir une guérison morale, la première condition est que le sujet soit hypnotisé ; quand il n'est pas hypnotisé, il se trouve dans les mêmes conditions qu'à l'école. Il résiste et se défend contre les suggestions. La production de l'hypnotisme avant toute tentative de suggestion est capitale. Quand le sujet est hypnotisable, on peut le considérer comme susceptible de guérison. *Hypnotisable veut dire curable.*

3. — Le troisième principe, le sujet étant hypnotisé, est de lui *imposer une direction morale par des suggestions impératives.* Les suggestions doivent être formulées avec précision et exprimées avec autorité. On ne discute pas avec une mauvaise disposition d'esprit. On le neutralise par une direction énergique. Cette opinion est d'ailleurs conforme avec la doctrine du grand philosophe Kant. Son *impératif catégorique* nous enseigne que la raison doit commander en maîtresse et qu'on ne doit pas transiger avec le devoir. Nous avons eu longtemps l'illusion que la persuasion pouvait suffire à modifier les habitudes vicieuses. L'expérience nous a appris qu'il fallait s'exprimer avec autorité. L'enfant vicieux est souvent très rusé. Il simule volontiers l'acquiescement aux suggestions avec l'idée de s'en débarrasser le plus vite possible. Si vous raisonnez avec lui, vous perdez l'influence. Dans la pédagogie du caractère, ce qu'il y a de plus difficile à corriger ce n'est pas la brutalité, c'est la fourberie et

la ruse. *La guerre à la ruse et au mensonge doit être la principale préoccupation du pédagogue.*

L'exemple suivant montre avec quelle habileté l'enfant profite des moindres hésitations de la part du milieu pour persévérer dans ses mauvaises habitudes.

« On amène un jour au docteur Liébeault un enfant indolent et paresseux dont on ne pouvait rien faire. M. Liébeault l'endormit et lui suggéra de bien s'appliquer et de travailler ; tout alla bien pendant quelque temps et l'enfant faisait merveille. Mais, au bout de quelques mois, les habitudes de paresse reprirent le dessus ; les parents voulurent essayer le même moyen, mais on se heurta à un obstacle inattendu : l'enfant ne voulut absolument pas se laisser endormir ; il avait travaillé parce qu'il y avait été forcé par la suggestion qui lui avait été faite, mais il avait travaillé à contre-cœur et ne voulait plus s'exposer à recommencer. Il était, comme Figaro, paresseux avec délices, et toutes les exhortations de ses parents restèrent sans effet sur lui. »

Les premières suggestions n'avaient pas été faites avec assez d'autorité.

4. — Le quatrième principe, *le sujet étant dans l'état d'hypnose ou l'état passif, est d'associer à la suggestion verbale une action psycho-mécanique.* — Dans les cas où il s'agit de corriger une impulsion plus ou moins irrésistible, ou une habitude automatique, l'action psycho-mécanique aura pour but la création d'un *centre d'arrêt psychique.* Cet effet sera réalisé soit en mettant mécaniquement le sujet dans l'impossibilité d'exécuter l'acte indiqué, soit en provoquant chez lui, par suggestion, une paralysie psychique. On répètera ces manœuvres jusqu'à ce que l'image de l'arrêt soit fixée dans le cerveau du sujet. — Dans les cas où il s'agira de modifier un état d'inertie mentale, on arrivera par l'image du mouvement et par un entraînement automatique, répété autant de fois que cela est nécessaire, à déterminer le réveil de l'énergie psychique.

5. — Le cinquième principe, l'opération étant terminée, est de *procéder au réveil complet de l'enfant qu'on a hypnotisé.*

***

Théoriquement les procédés par lesquels on arrive à déterminer l'état d'hypnotisme chez les jeunes sujets sont d'une assez grande simplicité apparente. Pratiquement, ils présentent de nombreuses difficultés. C'est pourquoi nous considérons comme un devoir de rappeler qu'on ne s'improvise pas plus médecin hypnotiseur qu'on ne saurait s'improviser, par exemple, comme médecin oculiste.

De même qu'il est admis que la pratique courante donne seule au chirurgien la dextérité de main indispensable pour réussir les opérations délicates, de même il est juste de reconnaître que l'expérience journalière peut seule contribuer à conférer une réelle sûreté dans l'application de la suggestion hypnotique comme moyen thérapeutique.

En dehors de la compétence technique, beaucoup de tact et d'attention sont nécessaires pour discerner le degré de suggestibilité du sujet. Il faut de plus un certain esprit d'à-propos pour varier la nature et l'autorité des suggestions selon la résistance que l'on rencontre.

La qualité dominante du médecin hypnotiseur doit être la prudence. A notre avis, il ne devra jamais oublier que le but qu'il poursuit est un but moral et curatif. Il ne devra, en aucune circonstance, faire la moindre concession à l'esprit de curiosité. C'est dire qu'il ne poussera jamais le sommeil provoqué à un degré plus profond que cela n'est nécessaire ; qu'il ne provoquera ni contractures, ni hallucinations. En un mot, toutes les suggestions devront viser un but utile et essentiellement profitable au sujet.

Les causes d'insuccès sont nombreuses. Elles proviennent le plus souvent de mauvaises influences du milieu dans lequel il vit.

Lorsque l'on constate chez un enfant une résistance inaccoutumée; au lieu de l'attribuer à une mauvaise volonté personnelle, à une sorte d'auto-suggestion, basée sur un raisonnement, il serait plus juste de rechercher s'il ne subit pas l'influence d'une personne intéressée à la non réussite de l'expérience. Dans plusieurs cas, nous avons pu remonter jusqu'à la cause de cette résistance.

Dans l'un, en particulier, l'enfant subissait l'influence d'un camarade qui, par jalousie, le détournait de l'idée de se laisser

hypnotiser. Dans un autre, le sujet avait été frappé par l'opinion, maintes fois exprimée par le médecin de la famille, que l'hypnotisme ne parviendrait pas à le guérir. L'événement prouva pourtant à ce médecin qu'il s'était trompé. Il eut la bonne foi d'en convenir.

On constate souvent de singulières contradictions. Un père ou une mère de famille ne veulent pas que leurs enfants contractent le vice dont ils sont eux-mêmes atteints. Ils ont la prétention qu'ils s'abstiennent d'habitudes dont ils sont les premiers à donner l'exemple. Dans ces cas-là, le médecin doit s'appliquer à guérir à la fois le père, la mère et l'enfant.

Bien que les défauts de l'enfant soient très nombreux nous limitons le plus souvent notre traitement à la guérison des habitudes vicieuses suivantes :

1° L'habitude de voler ou kleptomanie ;
2° L'onanisme ;
3° La perversité morale ;
4° L'habitude de ronger les ongles ou onychophagie ;
5° Le mensonge ;
6° La paresse ;
7° Les fugues et les impulsions au vagabondage ;
8° L'incontinence d'urine.

A chacune de ces habitudes vicieuses correspondent des procédés de traitement différents.

Je me bornerai à donner un exemple de celui par lequel nous arrivons à la guérison de l'onychophagie.

Le mot *onychophagie* est un néologisme que nous avons créé pour désigner l'habitude de se ronger les ongles. Cette habitude est extrêmement répandue chez les enfants. Nous avons démontré, dans un travail documenté, qu'elle était fréquemment associée à l'existence de stigmates de dégénérescence et à d'autres habitudes vicieuses. Bien que l'onychophagie soit difficile à guérir chez les dégénérés, dès que l'on a recours à l'hypnotisme, la guérison s'obtient au contraire avec la plus grande facilité.

Voici dans toute sa simplicité le procédé dont nous vérifions chaque jour l'efficacité chez les enfants atteints d'onychophagie.

Le malade étant hypnotisé et assis dans un fauteuil, les deux avant-bras reposant sur les appuis du siège, je saisis une des mains et je la maintiens solidement. Je dis alors au sujet :

« Essayez de porter votre main à votre bouche et de vous ronger les ongles. — Vous voyez que vous ne le pouvez pas. — La pression que j'exerce sur votre main est un obstacle que vous ne pouvez vaincre. — Eh bien, lorsque les circonstances dans lesquelles l'habitude se renouvelle surviendront, vous éprouverez dans la main la même sensation de pression que vous ressentez en ce moment. Votre bras vous paraîtra lourd à soulever. Cette fois, la résistance sera constituée non plus par ma main, mais par une véritable impuissance. La force à dépenser pour vaincre la résistance vous donnera le temps de vous ressaisir, d'avoir conscience du mouvement que vous alliez exécuter et de faire intervenir votre propre volonté. » Je répète cet exercice à plusieurs reprises, pour l'une et l'autre main, et la séance est terminée.

Habituellement, les sujets éprouvent toutes les sensations suggérées. Ainsi, dès le lendemain de l'opération, chaque fois que la main se soulève automatiquement pour se diriger vers la bouche, ils éprouvent nettement dans l'avant-bras une sensation qui contrarie le mouvement. Cette sensation d'arrêt est telle, que beaucoup accusent dans le bras un réel engourdissement, qui se reproduit à l'occasion de chaque mouvement d'élévation. Ces sensations sont d'ailleurs passagères. Lorsque l'action curative n'a été exercée que sur un seul bras, l'autre membre continue à céder à l'habitude automatique, et ce fait constitue une expérience de contrôle du plus grand intérêt.

La méthode ne donne de bons résultats que chez les sujets doués déjà d'une certaine intelligence. Elle n'est pas applicable aux idiots, ni aux enfants atteints de débilité mentale accentuée.

Nous considérons donc que dans l'application de la méthode hypno-pédagogique, ce n'est pas la suggestion, mais l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant. Les guérisons obtenues par son intervention sont durables. Il est d'ailleurs à noter que les rechutes, toujours possibles par l'intervention des influences de milieu et des diverses causes pathologiques (intoxications, traumatismes, perturbations émotives), sont d'autant plus faciles à guérir que le sujet bénéficie de l'entraînement psychologique créé par les traitements antérieurs.

Nous devons ajouter que la méthode hypno-pédagogique utilisée par des médecins compétents et expérimentés est d'une

innocuité absolue et ne comporte aucun inconvénient pour le sujet soumis au traitement.

***

La conférence de M. Bérillon est illustrée par des projections où l'on voit passer un certain nombre d'enfants soumis à cette méthode hypno-pédagogique.

La séance est levée à 10 heures.

Les Congressistes se rendent après la séance dans les salons du Restaurant Clair, où la Société Médicale de Pau a organisé une réception.

*(Voir aux Comptes-rendus de la deuxième Partie.)*

# SÉANCE DU MATIN

(6 AOUT — 10 HEURES)

**Hôtel-de-Ville de Louvie (Vallée d'Ossau).**

---

Près de 150 Congressistes arrivés de Pau qui en chemin de fer, qui en automobile, sont encore là, fidèles au programme scientifique, heureux aussi de répondre à l'invitation de leur aimé Président, qui avait tenu à les réunir pour la clôture de leurs travaux, en ce site riant de Louvie-Izeste, où naquit de Bordeu, cet ancêtre des neurologistes, dont il avait prononcé l'éloge à l'ouverture de la session.

En ouvrant cette dernière séance dans la salle du Conseil de la Mairie, ornée de trophées de drapeaux et d'écussons sur lesquels on lisait « Honneur au Dr de Bordeu, 1722-1776 », M. Brissaud remercie M. Camps, son collègue au Conseil Général et maire de Louvie, de l'accueil aimable qu'il avait fait au Congrès en cet Hôtel-de-Ville, coquettement situé sur les bords du gave, dans le cadre plein de fraîcheur des montagnes et cède la présidence à M. le Dr Noguès, pour la suite des communications.

---

Présidence de M. le Dr NOGUÈS, Vice-Président.

M. le Dr Noguès donne successivement la parole aux auteurs des diverses communications encore inscrites au programme.

# COMMUNICATIONS DIVERSES

M. BÉRILLON, *Médecin-Inspecteur des Asiles d'aliénés de Paris.*

**Le Dispensaire anti-alcoolique de Paris et le traitement des buveurs d'habitude.** — Depuis quelques mois, le traitement des alcooliques est entré dans une phase nouvelle. En Russie, les Pouvoirs publics donnant au traitement par la suggestion hypnotique une consécration officielle ont provoqué, sous le nom d'ambulances anti-alcooliques, des consultations où les sujets sont traités par l'hypnotisme. Ces consultations existent déjà à St-Pétersbourg, à Moscou, Ekaterinoslaw et dans plusieurs autres villes. Les municipalités ayant fait connaître, par voie d'affiches officielles, l'efficacité du traitement par la suggestion hypnotique, les consultations ont été immédiatement fréquentées par un grand nombre d'intéressés.

Il convient de rappeler que c'est en France que ce mouvement a pris naissance. Personnellement, dans des communications antérieures au Congrès de Nancy (1896) Grenoble (1902) nous avons démontré que le traitement le plus efficace des habitudes d'alcoolisme consiste dans la rééducation de la volonté réalisée par un traitement psychologique.

Les causes qui provoquent l'habitude de boire sont très variées et la résistance des sujets à l'impulsion est très différente ; la cure du buveur doit donc reposer, avant tout, sur une étude de psychologie individuelle. Cette étude nécessite, de la part du médecin traitant, non seulement des connaissances psychologiques approfondies, mais aussi une compétence spéciale dans l'application de l'hypnotisme et de la suggestion.

Jusqu'à ce jour, il était presque impossible à un buveur d'habitude de trouver en dehors de l'Asile d'aliénés les divers traitements et la direction morale nécessaires pour arriver à la guérison. Il en résultait que beaucoup de sujets bien intentionnés, ne pouvant interrompre leurs occupations professionnelles

sans compromettre leur situation et celle de leur famille, renonçaient à toute tentative de traitement.

C'est pour faciliter le traitement à une nombreuse catégorie de malades d'autant plus intéressants qu'ils sont conscients de la gravité de leur état et aussi qu'ils ne présentent pas encore de troubles mentaux accentués que le dispensaire anti-alcoolique de Paris a été créé.

Bien qu'il existât depuis plusieurs années, l'inauguration en a été faite il y a quelques mois sous la présidence de M. Jules Voisin, médecin à la Salpêtrière, assisté de MM. les Docteurs Legrain, médecin de Ville-Evrard, et Félix Regnault, professeur à l'École de psychologie.

Le traitement appliqué au dispensaire anti-alcoolique est à la fois psychologique et symptomatique. Il repose sur l'association de la suggestion hypnotique avec les divers procédés les plus capables de soutenir l'énergie du malade, de neutraliser les troubles fonctionnels et d'arriver à la rééducation de sa volonté.

M. LANNOIS, *Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon.*

**Myotonie avec atrophie musculaire.** — L'observation qu'on va lire pourrait aussi bien être intitulée *Myopathie progressive avec hypertonie* que *Maladie de Thomsen fruste avec atrophie musculaire.* Les faits de ce genre me paraissent mériter d'être publiés pour deux raisons : la première est qu'ils sont rares, la seconde qu'ils ont une certaine importance théorique. Ils servent en effet de lien entre les myopathies primitives et la maladie de Thomsen et constituent un bon argument en faveur de la nature myopathique de cette dernière.

Voici d'abord l'observation :

*Atrophie musculaire à forme segmentaire occupant les avant-bras et surtout les jambes. — Début il y a quatre ans par des douleurs, de la parésie et du steppage. — Abolition des réflexes rotuliens. — Myotonie à forme de maladie de Thomsen.*

Ch..., Ignace, cocher, âgé de 37 ans, entre dans le service le 26 décembre 1903.

Son père est mort à 66 ans d'une attaque ; il avait eu une pleurésie, n'avait jamais eu de crises, ne buvait pas. La mère est morte à 68 ans. Il ne paraît y avoir eu aucune affection nerveuse parmi les ascendants ou les collatéraux.

Il a perdu une sœur à 22 ans, d'anémie, deux sœurs jumelles mortes en bas-âge et un frère mort du croup à 4 ans. Il lui reste un frère et une sœur plus âgés que lui qui ne présentent aucune tare nerveuse.

Sauf de l'énurèse ayant persisté jusque vers l'âge de 5 ans, on ne trouve rien à noter dans ses antécédents personnels. Il a eu la fièvre typhoïde au service militaire. Il avoue une blennorrhagie, mais nie la syphylis ; il a bien eu des végétations sur la verge pendant son service militaire, mais fort loin de tout rapport sexuel et il semble bien qu'il ne s'est agi que de papillomes.

La maladie actuelle remonte à 4 ans : on lui fit remarquer qu'il lançait les jambes en marchant. Lui-même ne s'apercevait que d'un peu de gêne dans la jambe gauche. Deux ans plus tard, il eut des douleurs assez vives, toujours diurnes, dans les deux genoux ; ces douleurs, qu'il compare à la traversée du genou par une aiguille avaient assez nettement le caractère fulgurant et cela, joint à l'absence des réflexes rotuliens, fit penser à son médecin qu'il s'agissait de tabes. La gêne de la marche et la faiblesse générale augmentant progressivement, on lui parla de suspension, et c'est pour cela qu'il entre à l'hôpital.

A l'examen on s'aperçoit vite que sa démarche n'est pas celle d'un tabétique : il lance les jambes en avant, mais bien dans la ligne droite, la pointe du pied retombe la première, puis le talon qui frappe fortement le sol ; aussi la marche est-elle gênée par ce steppage très accusé. Du reste il n'a pas d'incoordination motrice ; il lui est difficile de mettre le talon sur le genou, mais il y arrive sans mouvement ataxique. Il n'a aucun trouble de la sensibilité, pas de Romberg, etc.

Au reste, l'explication de tous ces troubles se trouve-t-elle tout simplement dans *l'atrophie musculaire des deux jambes*. Celle-ci est très accusée surtout si on regarde le malade en avant, ainsi qu'on peut le voir sur la photographie. La crête du tibia est devenue très saillante par l'atrophie très apparente des muscles de la région antéro-externe. Ceci frappe d'autant plus que cet homme est fortement musclé et que ses cuisses sont volumineuses.

Au point de vue fonctionnel, l'atrophie se traduit par une gêne très marquée dans le fléchissement du pied sur la jambe et par l'impossibilité pour le malade de relever le gros orteil, alors que les autres doigts du pied sont susceptibles d'un léger mouvement. La parésie est plus marquée à droite. Les autres mouvements sont possibles, surtout l'extension du pied, mais se font avec lenteur.

L'atrophie musculaire est encore évidente, mais cependant moins marquée si on regarde les mollets : c'est leur partie interne qui paraît aplatie. Il y a cependant un contraste très manifeste entre le mollet et les formes athlétiques des cuisses.

Le même contraste existe aux membres supérieurs entre le volume du bras et celui de l'avant-bras, mais moins accusé qu'aux membres inférieurs ; l'avant-bras paraît plus petit qu'il ne devrait être, mais sans localisation sur un groupe musculaire déterminé. Le malade se plaint de la faiblesse de ses membres et, de fait, il ne donne que 25 au

dynamomètre de l'un et l'autre côté. Pas d'atrophie des petits muscles de la main.

Les mensurations montrent, d'une façon générale, une différence légère au détriment du côté droit, bien que le malade n'ait jamais été gaucher.

On trouve :

| | Droite. | Gauche. |
|---|---|---|
| Bras à 14 centimètres au-dessus de l'olécrane... | 30 | 30.5 |
| Avant-bras à 16 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus..... | 24.5 | 25 |
| Cuisse à 16 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule..... | 53 | 54 |
| Mollet à 24 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole interne..... | 35 | 36 |

Aucune atrophie apparente des muscles du tronc, des ceintures pelviennes et scapulo-humérales, non plus que de la face. Les petits muscles du pied et de la main paraissent normaux.

A côté de cette atrophie musculaire, le phénomène le plus saillant est la *myotonie, la lenteur de la décontraction musculaire* qui accompagne un certain nombre de mouvements. Si on dit au malade de serrer la main ou le dynamomètre, on constate que la pression continue à s'exercer et ce n'est qu'au bout de quelques secondes que les doigts s'étendent peu à peu (l'index en premier lieu) et perdent leur raideur. C'est absolument le même phénomène que dans la maladie de Thomsen. Il se produit avec la même intensité aux deux mains. Comme dans la maladie de Thomsen, si on fait exercer la pression deux ou trois fois de suite, la raideur disparaît et le mouvement s'exécute normalement.

Il y a environ trois ans que le malade s'est aperçu de cela peu après l'apparition des troubles de la démarche. Lorsque en conduisant ses chevaux il tirait un peu brusquement sur les rênes, la contracture se produisait dans les mains et il était obligé de rendre de l'avant-bras ou même de l'épaule, pour ne pas jeter son attelage contre un mur ou dans un fossé.

A table, surtout s'il est intimidé par la présence d'un tiers, il ne peut lâcher son verre, son couteau, etc. Rien dans les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement dans les mains et les avant-bras que ces phénomènes se produisent. Le matin, en se levant, parfois lorsqu'il est resté assis longtemps, il éprouve au niveau de la partie postérieure des cuisses, dans les fesses et même dans le dos une sorte de tension qui l'attire en arrière et le ferait tomber accroupi après deux ou trois pas à reculons. Aussi a-t-il la précaution de toujours s'asseoir, au moment où il se lève, sur une chaise qu'il a disposée à cet effet près de son lit.

Il a aussi quelques phénomènes analogues du côté de la bouche : il a de la raideur après les premiers efforts de mastication et il est habituellement gêné lorsqu'il commence à parler. Il lui semble qu'il ne

peut remuer les lèvres, la langue et qu'il ne pourra ouvrir la bouche. Cela remonte à deux ans.

Le matin, la première miction est toujours gênée : il est obligé d'attendre et de pousser fortement, ce qui ne se produit que rarement dans la journée. Il est parfois obligé de marcher pendant plusieurs minutes en ressentant une sorte de constriction dans les os du bassin avant de pouvoir uriner.

Le malade accuse aussi, outre les douleurs passagères des genoux que nous avons déjà signalées, une sensation de raideur très manifeste dans les membres inférieurs et le dos lorsqu'il est resté couché ou assis pendant un certain temps. A plusieurs reprises, il s'est plaint d'avoir dans les cuisses et les membres supérieurs une sorte de frémissement musculaire, allant parfois jusqu'à la crampe douloureuse.

La sensibilité est normale dans tous ses modes. Il n'y a rien à noter du côté des organes des sens, sauf de l'inégalité des pupilles, la droite étant plus dilatée ; elles réagissent avec lenteur à la lumière et à l'accommodation, mais normalement.

*Les réflexes tendineux*, rotulien et achillien *sont abolis ;* les réflexes du bras et de l'avant-bras sont faibles. Pas de réflexe cutané plantaire ; crémastérien faible ; abdominal, conjonctival, cornéen normaux.

L'état général est bon. Il dit avoir maigri un peu et il ne pèse que 78 kilog. : il en aurait pesé 87. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement ; il n'a rien de particulier du côté génital. Pas de sucre, ni d'albumine.

L'examen électrique permet d'affirmer l'existence de la réaction myotonique. Avec le courant interrompu, lent (30 par minute), chaque passage donne une secousse très nette, soit dans les fléchisseurs et les extenseurs de l'avant-bras droit, soit dans les muscles de la région antéro externe de la jambe. Avec le courant interrompu rapide appliqué sur les fléchisseurs, on a une fermeture spasmodique de la main et le malade ne peut étendre les doigts qu'au bout d'un instant, comme dans la flexion volontaire. Le même phénomène se produit par l'électrisation des extenseurs. A la 3e ou 4e application, la permanence de la contraction ne s'observe plus.

Avec le courant continu, on constata d'abord une diminution de la contractilité galvanique : avec 15 à 20 milliampères, on n'arrivait pas à avoir la moindre secousse ni à l'ouverture, ni à la fermeture, bien que le malade sentit bien passer le courant et accusât de la brûlure au pôle négatif.

Dans une autre recherche, on obtint des secousses avec 12 milliampères à la fermeture du positif comme à celle du négatif, ces dernières étant plus fortes et plus persistantes ; on n'a pas de secousses à l'ouverture. A l'électrisation du cubital, on obtenait également des secousses à la fermeture des deux pôles, celles du négatif étant plus fortes que celles du positif.

Le consentement du malade ayant été obtenu, mon ami M. Tixier, chirurgien des hôpitaux, enleva sous anesthésie un fragment du jam-

bier antérieur droit. Vaisseaux veineux, nombreux et volumineux. Le muscle mis à nu a un aspect pâle, presque jaune. Le fragment enlevé fut divisé en quatre parts dont deux furent mis immédiatement dans l'alcool et le liquide de Müller, les autres seulement après 7 heures d'exposition à l'air. Les préparations ont été faites par mon interne, M. A. Porot, et examinées par mon collègue et ami Paviot, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« Il n'y a pas de différence entre les fragments fixés immédiatement et ceux qui le furent seulement sept heures après.

» La lésion est celle de la myopathie dans ses détails absolument classiques. Le *tissu interstitiel* du muscle est partout altéré mais irrégulièrement ; il est remplacé par une substance fibreuse, hyaline, rose, d'autant plus abondante que les fibres musculaires sont plus altérées. Il est difficile de dire si les noyaux des cellules fixes de ce tissu sont augmentés de nombre, car on ne peut les différencier des noyaux restant des fibres musculaires disparues. Çà et là, îlots de vésicules adipeuses, mais non disposées en groupes ou en séries paraissant répondre à des fibres disparues. Les artères et artérioles offrent de l'hyperplasie de la tunique musculaire et de l'endartérite oblitérante.

» Pour les *fibres musculaires*, leurs altérations sont typiques ; il y a de très grosses fibres à côté de très petites. Les très grosses gardent en général leur velouté granuleux sur des coupes transversales, mais prennent parfois un aspect sombre (amas granuleux de Lewin). Les fibres vues en long gardent toujours leur striation double, qu'elles soient hypertrophiées ou atrophiées. Vues en long, les grosses sont de calibre inégal, c'est-à-dire qu'hypertrophiées en un point, elles diminuent plus loin jusqu'à devenir normales ou atrophiées. Nous n'avons pu observer nettement l'état bifide sur ces coupes longitudinales, mais dans ces conditions nous avons vu souvent la masse de substance musculaire comme craquelée transversalement. Sur les coupes transversales, nous n'avons vu aucune division intrinsèque des fibres.

» L'augmentation numérique des noyaux est très nette ; non seulement ils augmentent sous le sarcolemme formant de véritables couronnes, mais aussi dans le sein même des fibres.

» Quand la substance musculaire diminue, quand la fibre s'atrophie, ces noyaux paraissent proportionnellement augmentés de nombre. On voit des fibres très petites qui ne présentent plus qu'un mince amas de substance musculaire semée de nombreux noyaux. Un degré de plus, les noyaux seuls existent dans la gaine du sarcolemme, de sorte que sur les coupes en travers on croirait voir des cellules géantes. Au degré extrême, il ne reste plus que de petits groupes de noyaux dans la substance hyaline fondamentale. Tous ces états voisinent et peuvent être observés sur un même champ microscopique. Ajoutons, en terminant, que quelquefois les noyaux musculaires isolés et encore entourés de substance musculaire sont très volumineux. »

L'histoire de ce malade peut donc se résumer ainsi : chez un homme de 33 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels sérieux, non alcoolique, non syphilitique, surviennent concurremment du steppage par atrophie des muscles de la jambe et des douleurs à caractère fulgurant qui, joints à l'absence de réflexes rotuliens, font d'abord penser à de l'ataxie. En même temps, apparition de phénomènes de myotonie absolument comparables à ceux de la maladie de Thomsen, mais plus limités. Aggravation lente des symptômes et asthénie musculaire progressive malgré la conservation apparente du reste de la musculature, de telle sorte que tout travail devient impossible. Réaction électrique myotonique. A l'examen biopsique, lésions de la myopathie progressive.

Je ne crois pas qu'on puisse songer à autre chose chez ce malade, qu'à une myopathie, un peu anormale il est vrai comme localisation, puisque ce sont surtout les avant-bras et les jambes qui sont atteints, à l'exclusion des muscles des ceintures et des petits muscles des extrémités. Les douleurs du début au niveau des genoux ont eu un caractère fulguraut qui n'existe plus aujourd'hui et lorsque le malade accuse actuellement des douleurs, il est facile de se convaincre qu'il s'agit seulement d'un frémissement musculaire allant jusqu'à la crampe. On sait d'ailleurs que ces douleurs existent parfois chez les myopathiques, et j'en ai publié une observation typique l'an passé avec M. Porot[1], ce qui nous a permis de citer plusieurs cas analogues. D'ailleurs l'examen du fragment de muscle enlevé est trop classique pour laisser place au doute.

Mais les phénomènes de myotonie ne sont pas moins caractéristiques ; ils sont absolument analogues à ceux de la myotonie congénitale, de la maladie de Thomsen. J'ai, cet hiver, dans une leçon clinique, montré à la fois aux élèves le malade en question et un cas typique de maladie de Thomsen. Il n'y avait absolument aucune différence dans la difficulté éprouvée par les deux malades pour ouvrir les doigts après vous avoir serré la main. De même ordre sont les contractions toniques qui entraînent le malade en arrière lorsqu'il se lève et le forcent à s'asseoir, la

1. — M. Lannois et à A. Porot : *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1903.

difficulté de la parole et de la mastication au début, peut-être même la gêne de la première miction matutinale (bien qu'elle ne fasse pas partie de la symptomatologie habituelle de la myotonie congénitale), les frémissements et les spasmes musculaires, la réaction myotonique.

Il n'est donc pas douteux qu'il ne s'agisse dans ce cas d'une superposition des symptômes de la myopathie et de la myotonie.

***

Les faits de ce genre, nous l'avons déjà dit, ne sont pas nombreux. Quelques-uns ont cependant été rapportés.

Hoffmann[1], dans un cas de myotonie congénitale a signalé l'atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras alors que la musculature était volumineuse à la cuisse et à la jambe. Les muscles atrophiés présentaient la réaction de dégénérescence et Hoffmann s'est prononcé pour une névrite associée. Il est revenu sur ce sujet dans un mémoire très complet paru dans le recueil jubilaire de Erb.

Kornhold[2] a publié l'histoire très intéressante, recueillie à la clinique de Raymond, d'un sujet de 34 ans, qui eut successivement de l'atrophie des mains, des avant-bras, des membres inférieurs et même des masticateurs. Dans chacun de ces départements musculaires, les spasmes myotoniques firent régulièrement leur apparition après l'atrophie. Lamy[3], en rapportant ce fait, remarque que c'est une évolution tout à fait inconnue jusqu'ici dans la maladie de Thomsen.

A la même époque, Pelizæus présentait à la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Berlin[4], un malade chez lequel existait à la fois de la myotonie et de l'atrophie musculaire.

Chez un malade de Dana (cité par Kornhold), la maladie de Thomsen survint quatre ans après le début de l'atrophie musculaire.

1. — Hoffmann : *Deuts. Zeits. für Nervenheilkunde*, vol. IX, p. 273, et vol. XVIII, 1900.

2. — Kornhold : *Thèse de Paris*, 1897.

3. — H. Lamy : Maladie de Thomsen, *in Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, t. X, p. 623.

4. — Pelizæus : Berliner, kl. Wochens., 1897.

A cette énumération il convient d'ajouter encore les faits de Jolly[1], de Schœnborn[2], de Frohmann[3].

Noguès et Sirol[4] ont publié une observation à laquelle la mienne est superposable dans ses traits principaux. C'était un homme de 33 ans, toussant facilement et réformé pour bronchite, qui présentait de l'atrophie du jumeau interne, du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils ; il avait de la diminution de l'excitabilité faradique des muscles paralysés avec tétanisation (durable réaction myotonique) pour les muscles de la cuisse. Depuis l'âge de 17 ans, cet homme a observé deux phénomènes qui d'ailleurs le gênent peu : il éprouve une certaine difficulté à opérer les premiers mouvements de mastication ; en second lieu, s'il tient un fardeau et est obligé de fermer fortement les doigts pour le maintenir, il éprouve une grande difficulté à le laisser aller. De même, s'il fléchit fortement les doigts dans la main, il ne peut les ouvrir que lentement. A noter que le père avait aussi une certaine difficulté à accomplir les premiers mouvements de mastication au début des repas.

De même ordre est l'observation de Bernhart : un jeune homme de 19 ans présentait de la rigidité musculaire datant de l'enfance et se manifestant surtout sous l'influence du froid ; il existait en même temps chez lui de la parésie musculaire des avant-bras, aussi bien des fléchisseurs que des extenseurs, avec légère atrophie musculaire.

Il faut encore citer le cas intéressant publié plus récemment par Rossolimo : un homme de 37 ans présente depuis 3 ans des phénomènes myotoniques dans les muscles de la face, du cou, du tronc, de la ceinture scapulo-humérale et des membres inférieurs avec prédominance au bras. Plus tard apparaît une atrophie musculaire qui envahit surtout les muscles ayant présenté de la myotonie. L'examen du muscle montre l'hypertrophie des fibres comme dans la maladie de Thomsen à côté des fibres très atrophiées et d'infiltration interstitielle. La réaction électrique myotonique existe avec diminution quantitative. Les réflexes tendineux sont très affaiblis.

1. — Jolly : Ueber myotonia acquisita (*Neurol. Centrabl.*, 1896).
2. — Schœnborn : *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk*, Bd, XV.
3. — Frohmann : *Deuts. med. Wochensch.*, 1900.
4. — Noguès et Sirol : Maladie de Thomsen à forme fruste avec atrophie musculaire. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1899.)

On voit par cette énumération qu'il existe au moins une douzaine d'observations dans lesquelles coexistaient l'atrophie musculaire et les phénomènes myotoniques et cela suffit pour rendre indiscutable l'existence de la *myotonie atrophique* au point de vue clinique et même au point de vue anatomo-pathologique.

C'est d'ailleurs en se basant sur ce fait aujourd'hui avéré que M. Oddo cherchait récemment à établir des rapports étroits entre les myopathies, la myotonie et la myoplégie (paralysie familiale paroxystique). On sait aussi que Möbius avait cherché à rapprocher la maladie de Thomsen de la paralysie pseudo-hypertrophique.

On peut encore trouver un argument en faveur de cette opinion dans les contractions très localisées qu'on peut observer chez certains myopathiques. Nous laisserons même de côté les cas dans lesquels existent des rétractions tendineuses et dans lesquels l'hypertonie de certains groupes musculaires n'est peut-être pas sans jouer un rôle important. Il est bien connu qu'il peut se faire des contractures localisées sur la longueur d'un faisceau musculaire, aux membres inférieurs surtout ; pour ne citer qu'un cas personnel, le malade auquel j'ai fait allusion plus haut (cas de Lannois et Porot) présentait une véritable sangle très persistante au niveau du mollet dès qu'il essayait de faire un mouvement du pied. Un autre de mes malades, grand myopathique depuis 17 ou 18 ans, avec atrophie généralisée, sauf aux jambes, présente depuis cinq ans un phénomène singulier ; lorsqu'il se lève de son lit ou de sa chaise, il a une contraction totale des muscles du mollet qui soulève les talons, élève tout le corps sur la pointe des pieds et le ferait tomber en avant s'il ne prenait quelques précautions. Je crois intéressant de résumer son observation.

*Myopathie généralisée avec pseudo-hypertrophie et myotonie des muscles du mollet.*

Le nommé Bois...., âgé de 35 ans, exerçait la profession de mineur. Il y a 17 ans qu'il a commencé à s'apercevoir qu'il ne pouvait se relever facilement quand il avait travaillé dans la mine : il était obligé d'appuyer ses mains sur ses genoux. Puis ses camarades le voyant à nu lui dirent qu'il maigrissait, que les os lui sortaient du dos et, au bout de six mois, il dut cesser sa profession. Un an plus tard il entrait dans le

service du professeur Lépine où il fit plusieurs séjours. J'ai des photographies du malade, que j'ai fait prendre à cette époque, qui montrent une atrophie myopathique généralisée avec conservation des muscles postérieurs de la jambe. Le même état persiste actuellement comme il est facile de s'en convaincre sur la photographie ci-jointe, bien que l'atrophie ait été un peu masquée par de l'adiposité ultérieure.

Il y a cinq ans, un nouveau phénomène est apparu et persiste encore actuellement. Lorsque le malade descend du lit, le poids du corps fait d'abord toucher terre aux talons, mais immédiatement les mollets se contractent et deviennent très durs : les talons se détachent du sol, se relevant de plusieurs centimètres, et le malade se trouve suspendu sur la pointe des pieds. Ce n'est qu'au bout de quelques secondes, parfois même une minute, que les muscles se relâchent et que les talons retombent sur le sol. Il serait précipité en avant s'il ne prenait la précaution de placer une chaise devant lui ou de se retourner avant de descendre du lit. Le même phénomène se produit lorsqu'il se lève d'une chaise après être resté longtemps assis ; c'est dans ces conditions qu'il a été photographié. La menace de chute en avant tient évidemment à l'atrophie des muscles des fesses et de toute la gouttière vertébrale.

Si on le fait marcher, les premiers pas sont toujours un peu difficiles, puis la marche devient normale tout en s'accompagnant du dandinement caractéristique. Si le plan est incliné ou s'il veut modifier son allure, c'est toujours la pointe du pied qui retombe la première.

Il y a une diminution nette de l'excitabilité électrique. Pour le courant faradique, par exemple, il faut mettre le chariot à 500 pour avoir des contractions des muscles des mollets avec les interruptions lentes : on n'a pas de persistance de la contraction. Avec le courant à interruptions fréquentes, on commence à avoir des contractions à 300 et le muscle reste dur et contracté pendant quelques secondes après le passage du courant.

Il me semble inutile d'insister davantage sur l'intérêt clinique des faits que je viens de rapporter. Ils établissent un rapport évident entre la myotonie et la myopathie et sont un bon argument clinique en faveur de la nature myopathique de la maladie de Thomsen. L'étude ultérieure des cas de ce genre pourra sans doute contribuer à éclaircir quelques-uns des points obscurs qui existent encore aussi bien dans la maladie de Thomsen que dans les myopathies.

M. Ernest DUPRÉ, *Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Paris.*

**Aphasie avec mouvements associés du membre supérieur droit.** — Il s'agit d'un cas d'aphasie motrice et sensorielle par artérite sylvienne, dans lequel, à la suite d'une

période psychopathique subaiguë (confusion, agitation, etc.) l'aphasie s'accompagna de mouvements associés synchrones avec les mouvements de la parole et les efforts du langage intérieur. Ces mouvements diminuèrent avec l'amélioration de l'aphasie ; mais il persiste encore une association syncinétique entre le langage et les gestes de la main droite.

M. CROUZET, *Directeur du Sanatorium de Pau.*

**Le Climat de Pau et les nerveux.** — Je désire, dans cette note, attirer l'attention sur une particularité du climat de Pau, particularité trop laissée dans l'ombre par nos confrères.

Tous les auteurs qui ont étudié le climat palois en ont reconnu le côté sédatif et calmant, et je ne reviendrai pas sur ce point si bien mis en relief dans la brochure de notre excellent confrère le Dr Goudard.

Les médecins qui ont parlé de notre climat ont eu surtout en vue son action sur la tuberculose pulmonaire. C'est un climat sédatif, convenant parfaitement aux formes congestives et éréthiques de la phtisie pulmonaire. Cela est vrai et très exact.

Mais il me paraît nécessaire d'insister sur ce point : toutes les affections nerveuses présentant un éréthisme plus ou moins marqué bénéficient elles aussi de cette influence sédative et légèrement tonique.

Il est très fréquent d'observer au début de la tuberculose pulmonaire des symptômes d'excitation plus ou moins marqués. La gamme de ces symptômes est très riche et va, depuis le simple changement de caractère jusqu'à l'excitation maladive qui s'observe assez souvent chez les individus, prédisposés par une hérédité nerveuse plus ou moins chargée.

Dans la majorité des cas, le malade ignorant encore que son poumon est touché, présente un changement complet dans ses habitudes, dans sa manière d'être et de vivre.

Tel qui était très doux, devient subitement irritable, fantasque. Tel autre, ordonné, rangé, cesse presque subitement de prendre intérêt à ses affaires, ou les gère déplorablement. Tel, enfin, qui a eu un léger crachement de sang, vit dans la crainte perpétuelle de voir apparaître un nouveau crachat rouge, et l'hémophobie est un symptôme très fréquent chez nos malades.

D'une façon générale, ces malades, encore au début de leur affection pulmonaire et l'ignorant presque toujours, ne présentent que de l'éréthisme assez marqué.

C'est à ces malades que l'influence sédative du climat de Pau fera le plus de bien, et en modifiant très légèrement la formule ordinaire du traitement hygiénique, en ajoutant à la cure d'air et de repos la cure d'isolement, et le traitement psychique continu, on voit peu à peu ces symptômes s'amender et disparaître dans l'ordre suivant : éréthisme nerveux d'abord, éréthisme pulmonaire ensuite, et enfin et plus tard seulement, l'éréthisme circulatoire.

Il y a donc amélioration sensible de tous les symptômes nerveux, et tel individu indiscipliné, qui ne voulait pas entendre parler de se soigner, devient au contraire un malade discipliné, améliorable et très souvent curable.

En est-il de même dans les affections nerveuses pures ? — Oui. — Le Dr Girma, qui dirige si remarquablement l'Asile départemental d'aliénés, m'a maintes fois répété qu'à Pau les délirants agités avaient des crises beaucoup moins fréquentes qu'ailleurs ; l'Asile compte parmi ses pensionnaires un certain nombre d'individus étrangers à la région, délirants, tranquilles à Pau, alors que le retour dans leur climat d'origine est toujours marqué par une reprise des phénomènes d'excitation.

Je ne veux pas entrer ici dans des détails longs et fastidieux ; je me contenterai de vous dire que j'ai pu constater chez certains neurasthéniques un effet merveilleux du climat. Il est très facile à Pau d'isoler les neurasthéniques et de leur faire suivre le traitement psychique qui donne souvent de si bons résultats et, pendant la convalescence si longue et si généralement fertile en rechutes, le médecin n'aura qu'à s'aider de l'influence calme, tranquille et reposante du milieu dans lequel vit son malade, au lieu d'avoir à lutter contre elle.

En est-il de même dans les névroses? Oui certainement, et tous les médecins qui ont exercé à Pau pourront dire qu'ils ont vu s'améliorer un grand nombre d'individus : épileptiques, dont les crises s'éloignent ; tabétiques, dont les douleurs diminuent d'intensité.

En résumé, sans aller jusqu'à dire que le climat de Pau soit souverain contre les maladies nerveuses et les guérisse, je crois

que l'on doit attirer l'attention de tous les neurologistes, sur ce fait bien connu des malades qui y ont séjourné, peu connu des médecins étrangers : le séjour à Pau permet d'améliorer un grand nombre d'individus, présentant des phénomènes nerveux très accentués, et quant aux maladies nerveuses proprement dites, dont la marche est inplacable et continue, le séjour à Pau les rend supportables et moins douloureuses.

M. ROYET, *Ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon.*

**Les vertiges par symphyses salpyngo-pharyngiennes, notion nouvelle essentielle pour le diagnostic et le traitement des vertiges.** — Au cours de recherches anatomo-pathologiques et cliniques, qui avaient pour but d'élucider diverses questions d'otologie, j'ai observé des faits fort intéressants en ce qui concerne l'étiologie et le traitement de nombreux cas de vertige. J'ai déjà publié un travail à ce sujet[1]; mais, surtout en me plaçant au point de vue otologique, je crois qu'il n'est pas inutile d'étudier quelle importance ces faits nouveaux prennent dans la question générale du vertige.

Quand on traite du vertige il semble tout d'abord que tout le monde doit aisément comprendre de quoi il est question puisque ce mot, souvent employé dans le langage scientifique, est même passé dans le langage courant. Il n'en est rien cependant et les incertitudes sont nombreuses. Elles commencent au point de départ, à la définition même du mot qui est employé dans plusieurs acceptions très différentes et dans chacune d'elles compris de façons diverses par les auteurs.

On ne peut donc faire un travail sur ce sujet sans expliquer le sens qu'on attribue au mot vertige. C'est ce que je vais faire sans avoir la prétention de donner une définition meilleure que celles qui ont été formulées déjà et que je n'ai pas à discuter ici.

*Le vertige est la sensation pénible qui résulte de la conscience simultanée de données discordantes des sens dont les renseignements s'associent à l'état normal pour déterminer les réactions motrices qui assurent notre équilibre.*

1. — Des soudures de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du pharynx, causes des otites sclérosantes progressives et de symptômes de vertige..... (*Archives internationales de laryngologie...* mars-avril 1904.)

Les phénomènes qui accompagnent ce symptôme : déséquilibration, illusions de mouvement, angoisse, etc., sont secondaires.

Les cas de vertige que j'ai étudiés dépendaient de troubles otiques consécutifs à certaines modifications pathologiques du rhino-pharynx, *les symphyses salpyngo-pharyngiennes* ou soudures de la paroi postérieure du pavillon de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du cavum. Il semble, *à priori,* que, partant d'un point de départ aussi limité, je ne devrais pas être entraîné à envisager la question à un point de vue aussi général. En réalité j'ai pu me convaincre que la très grande majorité des vertiges, quelle que soit l'étiquette sous laquelle ils ont été placés, ne sont que des vertiges otiques et que le plus grand nombre de ces derniers est sous la dépendance des symphyses salpyngo-pharyngiennes.

La démonstration de ces deux affirmations est d'ordre clinique. La première pouvait être prévue dans une certaine mesure. Considérons en effet dans quelles conditions peut se produire le vertige. D'après ma définition, il dérive de données sensorielles dont l'une est en désaccord avec les autres. Supposons donc alternativement des troubles dans le domaine des différents sens qui contribuent à établir l'équilibre. Les organes sensoriels qui dans cette fonction ont une importance réelle sont : l'œil et son appareil sensitivo-moteur accessoire, les canaux semi-circulaires[1] et l'ensemble des appareils sensitivo-moteurs du corps qui sont le siège de l'ordre de sensibilité à laquelle on a donné les appellations : sens musculaire, sens articulaire, sens des attitudes, sensibilité kinesthésique, etc.

Je me servirai des mots sensibilité kinesthésique qui me

1. — On a refusé aux canaux semi circulaires une fonction sensorielle différenciée en se basant principalement sur cet argument que ces organes ne seraient pas influencés par un excitant spécifique. Cet excitant existe très réellement cependant, il est constitué par la force qui résulte de la composition des forces de la pesanteur et de l'accélération positive négative ou nulle des mouvements de la tête. Par l'intermédiaire de ces organes nous sommes, à tout instant, renseignés sur la direction de chute de notre tête. Cette notion élementaire n'est pas suffisante pour établir notre équilibre, elle doit être complétée par les sensations musculaires, tactiles, articulaires, etc., qui nous renseignent sur nos points d'appui, sur les attitudes de notre corps, etc. A cela concourent la plupart des appareils sensitivo-moteurs du corps qui remplissent, par rapport aux canaux semi-circulaires, un rôle analogue à celui du système sensitivo-moteu r annexé à l'œil par rapport à cet organe.

semblent moins préjuger au point de vue physiologique en leur donnant le sens le plus large, c'est-à-dire en les appliquant même à l'état de repos apparent des organes moteurs qui, en réalité, ne cessent pas d'être en activité.

Supposons d'abord que des indications anormales nous viennent de l'œil.

Les sensations lumineuses pures qui ne peuvent être contrôlées par un autre sens et ne peuvent par conséquent pas être en contradiction avec ses données ne sauraient être l'origine de vertige. Elles ne nous renseignent sur notre situation relativement aux objets qui nous environnent qu'avec l'aide d'un appareil sensitivo-moteur qui nous fournit les notions de direction des axes visuels d'effort et d'accommodation. S'il se produit dans ces appareils des sensations anormales, elles se trouveront en contradiction avec les indications qui proviennent de nos autres modes de sensibilité. Le vertige pourra apparaître, comme cela a été observé, dans quelques cas de nystaymus, de paralysies motrices oculaires. Ces formes de vertiges sont rares et peu persistantes parce que l'appareil visuel n'a, dans l'établissement de l'équilibre, qu'un rôle très secondaire. On peut s'en rendre facilement compte en constatant avec quelle facilité nous pouvons nous adapter à des conditions anormales de la direction de nos axes visuels. Si nous plaçons devant nos yeux des verres prismatiques, même d'angle assez prononcé, dans les positions les plus diverses, notre équilibre et notre possibilité de direction sont fort peu troublés. Cela tient comme je l'ai dit à ce que l'importance des sensations visuelles au point de vue équilibration est secondaire. Le fait que chez de nombreux animaux elles ne peuvent être utilisées que pendant la période diurne pouvait le faire prévoir.

Le vertige qui prend son origine dans un trouble de la sensibilité kinesthésique est sans doute plus fréquent et plus important, car cette sensibilité est d'utilisation plus constante et plus générale que la vision. Cependant il est assez malaisé d'en juger car, dans ces cas, les phénomènes vertigineux, sauf lorsqu'ils sont très accentués, restent noyés dans un ensemble symptomatique dont on ne les sépare pas habituellement. Il semble bien que, par exemple, le dérobement des jambes qu'on observe chez les ataxiques, les choréiques, certains troubles de la

marche dans la paralysie agitante, etc., sont proches parents du vertige. Il faudrait, pour l'établir, analyser avec soin l'ordre de succession des phénomènes sensitifs et moteurs. Cela n'a pas encore été fait d'une façon suffisante soit que le trouble moteur résultant, le plus important en pratique, ait surtout attiré l'attention, soit que, jusqu'ici, malgré les travaux de Goldscheider, de Claparède, Victor Henri, Grasset, etc., sur le sens musculaire, les éléments d'appréciation aient manqué. Cependant, d'après les observations de Grasset[1] on peut se convaincre que dans des cas où les troubles kinesthésiques étaient manifestes on a pu observer des phénomènes analogues au vertige. Il est aisé de comprendre que, la sensation de notre position dans l'espace nous étant donnée par un fonctionnement normal de nos canaux semi-circulaires, si nos appareils kinesthésiques nous renseignent d'une façon erronée sur la position du sol, sur notre vitesse de translation, nous pourrons avoir du vertige et secondairement des chutes, des illusions de mouvement du sol, etc. Chez les ataxiques ces illusions de mouvements du sol sont d'observation assez commune ; ces malades n'ont cependant pas toujours pour cela du vertige. Cela tient à ce que, si importantes qu'elles soient au point de vue de notre équilibre, les erreurs du sens kinesthésique ne suppriment pas la notion principale de situation par rapport au milieu cosmique qui est donnée par les canaux semi-circulaires. Cette notion, aidée de la vue, quand celle-ci est intacte, permet d'éliminer la sensation kinesthésique parasite et de supprimer le vertige. Celui-ci réapparaît facilement dans la recherche du signe de Romberg[2] à la suite de l'occlusion des yeux et s'accompagne de symptômes secondaires notés par divers auteurs une profonde terreur (Jaccoud), un grand sentiment d'anxiété (van Lair), quelque chose de moral, la crainte de tomber (Axenfeld)[3].

Toute autre est la situation lorsque l'erreur sensorielle provient de l'oreille, car alors c'est le point de repère principal[4] qui

1. — Grasset, *loc. cit.*, p. 189.
2. — Grasset, *loc. cit.*
3. — Cités par Grasset.
4. — On peut objecter à cette importance capitale accordée aux sensations des canaux semi-circulaires que la suppression complète de ces organes, d'après diverses expériences physiologiques, celles de Ewald en particulier, n'entraine pas la déséquilibration définitive, que l'absence de ces organes chez les sourds-

est *déplacé*. L'orientation, par rapport au milieu cosmique, est altérée et, par conséquent, toutes les évaluations basées sur cette donnée inexacte sont inexactes aussi. L'importance de ces sensations est démontrée par le fait qu'elles suffisent à nous renseigner sur notre situation dans notre milieu, indépendamment de toutes les autres, dans l'obscurité par exemple et dans l'immobilité absolue. Aussi, en général, on peut constater que la compensation du vertige d'oreille par les données des autres sens est à peu près impossible. Leurs indications mettant en évidence la discordance des sensations secondaires par rapport à la principale, rendent le vertige plus grave. Aussi est-ce l'oreille qui, de beaucoup, le plus fréquemment est la cause des vertiges d'un peu de durée.

Puisque, d'après la définition même que j'ai donnée du vertige, ce trouble est dû à un désaccord entre diverses indications sensorielles il semble, *à priori*, qu'un fonctionnement défectueux des organes destinés à les collecter et à les fusionner doit avoir un effet analogue. Il est cependant possible qu'en ce cas il ne se produise que des phénomènes de déficit qui aboutissent à de la déséquilibration sans vertige. C'est là une question encore incertaine pour diverses raisons sur lesquelles je reviendrai à propos du diagnostic.

Le diagnostic du vertige peut porter sur sa distinction d'avec les états analogues, sur sa forme et sur son origine.

Je n'ai pas à insister ici sur les deux premiers points. Je me contente de signaler que, en ce qui concerne sa distinction d'avec les états voisins qui peut se faire surtout d'après l'ordre de succession des divers phénomènes moteurs et sensitifs, il y a souvent une réelle difficulté qui provient de l'état émotionnel du sujet.

Le diagnostic de l'origine est le plus important parce qu'il

muets ne les empêche pas de marcher. Mais d'abord la compensation de leurs fonctions n'est pas complète, ce que montre, par exemple, l'attitude des sourds-muets à labyrinthiques dans l'eau et les troubles dans le saut affirmés, au dernier Congrès d'otologie, par von Stein. En supposant même que les canaux semi-circulaires ne soient qu'un organe de perfectionnement et que réellement leur fonction ne soit pas nécessaire à l'établissement de l'équilibre, les conséquences des fausses indications sensorielles sont toutes autres que celles de leur absence, car dans ce dernier cas elles ne peuvent être contradictoires avec d'autres et dans le premier elles constituent un phénomène positif dont il doit être tenu compte.

conduit à des conséquences thérapeutiques pratiques. C'est là le point intéressant et nouveau de cette communication.

Deux ordres de causes sont à envisager : les causes occasionnelles indirectes et les causes directes spécifiques.

Les causes occasionnelles sont de tout ordre, émotions, fatigues, modifications physiologiques ou pathologiques.

Leur influence sur l'apparition du vertige est parfois si évidente qu'elle a pu tromper sur leur rôle véritable.

Telle est l'origine des vertiges stomacal, utérin, hépatique, etc. En réalité, il n'est de vertige que d'origine sensorielle ; qu'il se produise à l'occasion d'un trouble digestif, d'une grossesse, d'une intoxication ou d'une émotion, il n'en conserve pas moins sa nature. La cause occasionnelle doit être recherchée, car de sa connaissance découle une indication complémentaire de traitement. Il est évidemment utile de chercher à la faire disparaître ; mais cela n'est pas toujours possible, comme dans les cas d'artériosclérose, ne doit pas se faire dans la grossesse, et n'est pas toujours suffisant pour supprimer le symptôme une fois qu'il est établi comme dans le cas suivant :

**Observation I. — Mme C..., 32 ans, vient me trouver pour des troubles pharyngiens déjà anciens qui déterminent une toux fréquente, un besoin constant d'avaler des mucosités qui ne se détachent pas et d'une façon presque continue des mouvements destinés à déplacer du** mucus accumulé dans le cavum, mouvements qui consistent à appliquer le voile du palais contre la paroi postérieure du pharynx et à le relâcher brusquement sur une inspiration ou une expiration un peu forcée. Mme C.... a déjà été traitée à ce point de vue et a subi un certain nombre de séances de pointes de feu qui n'ont eu qu'un effet temporaire ou nul.

Elle souffre également d'une légère hydrorrhée, qui se manifeste après les repas par une petite crise d'éternuements suivie d'un écoulement par les narines de liquide clair pendant un quart d'heure environ.

La respiration par le nez est habituellement légèrement insuffisante surtout la nuit.

Ce n'est que sur mon interrogation que Mme C.... accuse des crises de vertige assez violentes, rares, et un état vertigineux léger, constant, ne soupçonnant pas que ce symptôme puisse se rapporter à ma spécialité, car son apparition remontait à une cause très déterminée, à une intervention sur les annexes de l'utérus qui avait été pratiquée deux ans avant mon examen. Malgré une guérison très satisfaisante de la lésion annexielle le vertige persistant était toujours attribué à la même cause.

Il était rarement spontané ; cependant des sensations d'effondrement

du lit, de mouvements de vague s'étaient produites parfois dans l'immobilité absolue et dans l'obscurité. Il pouvait être provoqué d'une façon constante par des mouvements brusques de la tête, par le mouvement de se baisser et de se relever rapidement, par l'arrêt ou la mise en marche d'un tramway, par le fait de changer de direction et de se retourner, par les positions extrêmes des yeux. Les sensations visuelles apportaient un élément de trouble de plus ; dans la rue, les objets se déplaçaient et surtout le sol paraissait se relever ou s'abaisser.

Comme chez tous les vertigineux il existait un état neurasthénique assez accentué.

Mme C.... avait une inappétence assez prononcée comme beaucoup de malades qui souffrent de pharyngite ou d'insuffisance respiratoire nasale. Elle était notablement amaigrie.

Du côté de l'oreille les symptômes étaient peu accentués mais ils réalisaient, partiellement associés au vertige, un syndrôme que j'ai récemment indiqué [1].

Depuis six mois environ, des bourdonnements non continus, mais fréquents se produisaient. Les conduits auditifs externes étaient le siège de démangeaisons très fréquentes et pénibles, d'un trouble de sécrétion du cerumen qui avait amené à plusieurs reprises la formation de bouchons dans les deux côtés.

J'ai déjà indiqué qu'il existait de la pharyngite chronique inflammatoire qui était surtout latérale.

Ces divers signes indiquaient l'existence probable de symphyses salpyngo-pharyngiennes que je reconnus et détruisis.

Cette intervention qui fut suivie quelques jours après d'un traitement convenable de la rhino-pharyngite fit disparaître de suite le vertige et rétablit la perméabilité nasale.

Les autres syptômes pharyngite, bourdonnements, prurit du conduit, troubles de sécrétion du cerumen guérirent rapidement. L'appétit s'améliora et les troubles neurasthéniques s'amendèrent.

Il s'agissait donc bien d'un vertige d'oreille occasionné, mais non causé par une maladie des organes génitaux. De ce cas sont à rapprocher les faits très communément observés d'une accentuation du vertige chez des femmes qui y sont sujettes, pendant la période catéméniale.

Une occasion fréquente de vertiges est l'absorption de divers toxiques dont quelques-uns déterminent une véritable maladie, momentanée en général, de l'oreille, comme en témoigne l'ensemble des symptômes : surdité, bourdonnements, etc., que nous observons souvent après l'administration de la quinine,

1. — *Sur le syndrôme qui est la conséquence des symphyses salpyngo-pharyngiennes.* (VIIe Congrès international d'otologie. Bordeaux, 1904.)

des salicylates, etc. Il est fort possible, d'ailleurs, qu'un état maladif antérieur de l'oreille favorise ces effets secondaires fâcheux des médicaments. Les vertiges toxiques doivent donc très probablement être rangés aussi dans les vertiges sensoriels.

C'est donc dans les divers sens qui servent à établir l'équilibre qu'il faut chercher la cause spécifique des symptômes du vertige, tout en faisant la part des causes occasionnelles surtout au point de vue des indications thérapeutiques.

Si le vertige provient de données erronées sur la direction de nos axes visuels, le diagnostic est possible en se basant sur la loi donnée par Grasset pour arriver à reconnaître l'origine des vertiges périphériques [1].

« La mise au repos du sens générateur d'un vertige atténuera » ou supprimera ce vertige ; au contraire, ce même vertige sera » exagéré par la mise en action de ce sens ou par la mise au » repos d'un autre sens dont l'activité fournit au polygone un » moyen de contrôle et de redressement. » (Je fais toutefois à cette loi cette restriction qu'elle ne me paraît pas applicable aux cas de vertiges d'origine otique. J'ai souvent observé en effet que lorsque l'oreille est le point de départ du vertige, la mise au repos de la vue diminue l'intensité de ce symptôme, que sa mise en activité l'accentue. D'autre part la mise au repos des canaux semi-circulaires par l'immobilisation absolue n'empêche pas toujours leur excitation anormale. On devra donc faire fermer les yeux au malade et, si le vertige disparaît complètement, si aucune autre excitation dans le domaine d'un autre sens ne le fait réapparaître on pourra conclure à l'origine visuelle probable. Le vertige visuel est d'ailleurs plutôt théorique que clinique parce que s'il est dû à des troubles paralytiques de la direction des yeux ou de l'accommodation à du nystagmus, il est très rapidement compensé ; s'il est dû à une sensation erronée de la position des axes visuels ou du degré d'accommodation, en dehors de tout phénomène parétique ou hyperkinétique, il se rapporte plus exactement à la sensibilité kinesthésique dont les troubles sont rarement limités à un domaine aussi restreint.

Pour la sensibilité kinesthésique, l'application de la loi de Grasset n'est pas aussi facile que pour la sensibilité à la lumière.

1. — Grasset, *loc. cit.*, p. 187.

La mise au repos de la sensibilité kinesthésique indépendamment de celle des canaux semi-circulaires n'est pas toujours facile. Elle est bien réalisée, relativement, dans mon Observation I, à l'occasion d'un transport en tramway. Elle pourrait l'être plus exactement si on pouvait déplacer rapidement le patient, bien soutenu de partout de façon à pouvoir exciter ses canaux semi-circulaires sans mettre en jeu sa sensibilité kinesthésique. Mais cela n'est pas cliniquement facile.

Pour la sensibilité kinesthésique, il existe divers moyens d'en constater les modifications, car ses troubles ne se limitent pas aux fonctions d'équilibre. Ils sont en général liés à l'existence de diverses maladies nerveuses et constituent, lorsqu'ils se trouvent associés au vertige, une présomption, mais une présomption seulement en faveur de l'origine kinesthésique de ce symptôme. Il peut y avoir évidemment association de vertige d'une autre origine à des symptômes dépendant de la kinesthésie. Au cours d'une maladie du système sensitif comme le tabes on peut voir apparaître à côté des troubles kinesthésiques généraux les manifestations telles que celles que Bonnier a décrites dans le domaine de l'oreille. Il peut aussi y avoir simple coïncidence de deux états morbides différents, soit simple hasard soit que, par suite des affinités créées par des tendances communes l'un ait favorisé l'apparition de l'autre.

On ne devra donc pas considérer la coexistence de troubles de la sensibilité kinesthésique comme une preuve de l'origine du vertige, il faudra encore rechercher s'il n'existe pas simultanément de raisons de mauvais fonctionnement de l'appareil des canaux semi-circulaires.

En eux siège une cause de vertige bien autrement grave que celles qui peuvent se rattacher aux autres sens, car une erreur de leur sensibilité nous trompe sur la direction de la pesanteur ou, si nous sommes en mouvement, sur la direction de chute de notre tête et, par conséquent, nous désoriente d'une façon absolue par rapport à l'ensemble de notre milieu. Tous les vertiges que nous reconnaissons n'être déterminés ni par un trouble de la vue ni par un trouble kinesthésique, et c'est l'infime minorité qui est due à ces causes, doivent être attribués à une anomalie de fonctionnement des organes du système des canaux semi-circulaires ou à un trouble du système nerveux central.

Un des éléments principaux du diagnostic du vertige d'oreille est le fait qu'il est déterminé ou accentué par les mouvements de la tête les yeux étant fermés. Cependant, bien que l'origine du vertige soit à peu près sûre en pareille circonstance, comme, cliniquement, il est très difficile d'éliminer les données de la sensibilité kinesthésique, la certitude n'est pas absolue et il faut chercher à ajouter d'autres probabilités à celle-là, la coexistence d'autres troubles otiques par exemple. De plus, il faut faire le diagnostic de la lésion causale, et par conséquent de la localisation.

La coexistence d'autres troubles de fonctionnement de l'appareil auditif a été jusqu'ici pour la plupart des médecins le critérium du vertige otique. Sa valeur est pourtant médiocre au point de vue diagnostic, car c'est un fait bien connu des otologistes que le vertige qui se produit au cours des otistes sclérosantes progressives est souvent un signe précoce de ces maladies, le premier parfois ou le seul important. Mon Observation I en est un exemple assez probant.

Je pourrais en citer plusieurs autres, l'une en particulier pour ce fait que l'hypothèse vertige d'oreille ayant été rejetée à cause de l'absence de tout autre symptôme du côté de cet organe, la malade fut soumise pendant deux ans à un régime alimentaire très sévère, sur la supposition, malgré l'absence de tout trouble digestif, d'une origine stomacale. Des symphyses salpyngo-pharyngiennes étaient la cause du vertige. Je dois dire d'ailleurs que j'ai vu bien peu de vertigineux qui n'aient subi divers traitements au point de vue de leur système digestif. L'impuissance des traitements otiques jusqu'ici appliqués et la fréquence des vomissements secondaires au vertige d'oreille expliquent assez cette interprétation que rend encore plus vraisemblable le fait que les troubles digestifs réels déterminent facilement l'apparition des crises de vertige d'oreille.

La première période des otites sclérosantes progressives n'a pas le privilège exclusif de ce symptôme ; il se présente également à un moment quelconque de l'évolution de ces maladies. Je l'ai observé chez des gens atteints de tous les degrés de surdité, à tous les âges, de 4 à 80 ans. Il revêt les formes les plus variées et peut être intense ou léger, accompagné ou non de phénomènes secondaires. Il est en général aggravé par les

impressions visuelles, par le passage de l'ombre à la lumière et, inversement, par le fait de diriger les yeux dans une position extrême. Ce sont surtout les excitations des canaux semi-circulaires qui le provoquent ou l'accentuent ; au vertige optique se rattachent ceux dont la lésion originelle siège sur la périphérie de l'appareil auditif avant la caisse, dans celle-ci, dans le labyrinthe, sur le nerf auditif jusqu'à son origine.

La cause que j'ai reconnue à un très grand nombre de vertiges réside sur le pavillon des trompes d'Eustache. Elle consiste en une adhérence anormale de la paroi postérieure du pavillon tubaire à la paroi postérieure du cavum (symphyses salpyngo-pharyngiennes). Elle est en général d'origine inflammatoire, mais peut être réalisée ou favorisée par des dispositions congénitales. Cette lésion est extrêmement fréquente. Elle peut rester longtemps latente. Elle est la cause habituelle des otites sclérosantes progressives et de nombreux vertiges. Elle a beaucoup d'inconvénients que je n'ai pas à exposer ici. J'ai déjà démontré ailleurs son action sur le vertige. Les quelques observations que je rapporte dans ce travail en sont une preuve nouvelle.

Par quel mécanisme se produisent ces vertiges ? Je n'oserais pas actuellement donner d'interprétation à ce sujet. Il faudrait d'abord être fixé sur le fonctionnement des canaux semi-circulaires et en particulier dans leurs rapports avec la caisse. Je préfère d'ailleurs ne rien ajouter d'hypothétique au fait clinique indéniable que j'expose. Je puis seulement affirmer qu'il ne s'agit pas là d'un cas d'inhibition réflexe parce que le résultat est trop constant pour cadrer avec cette interprétation et aussi parce que, dans des cas où la cause du vertige était une lésion de la caisse elle-même ou du labyrinthe, la destruction de symphyses salpingo-pharyngiennes n'a eu aucun effet utile. Un autre fait plaide dans le même sens. Le degré de guérison du symptôme vertige est parfois proportionnel au degré de destruction de ses symphyses ; dans quelques cas où je n'ai pu d'emblée arriver à une destruction complète, il y a eu simple amélioration, puis guérison après complément du traitement.

La fréquence des vertiges d'oreille, due à cette cause, est proportionnellement très grande, surprenante même, si bien que si on considère l'ensemble des autres vertiges de toute

origine, au point de vue de leur nombre seulement, ils comptent pour très peu. Mis en présence d'un cas de vertige pris au hasard, on a beaucoup de chances de le reconnaître dû à cette cause.

Le diagnostic de cette cause de vertige se fera principalement par la constatation de l'existence des symphyses salpyngo-pharyngiennes et sa légitimité se vérifiera par la guérison consécutive à leur destruction. Les moyens d'apprécier leur existence sont : la rhinoscopie postérieure, la salpyngoscopie et le toucher rhino-pharyngien. Les deux premiers moyens sont en général insuffisants et pas toujours possibles. Le toucher est la méthode la plus sûre et il a en outre cet avantage de permettre en même temps de pratiquer le traitement dans la plupart des cas. On arrive à rompre les symphyses salpingo-pharyngiennes en se servant du doigt comme d'un coin pour écarter la trompe de la paroi postérieure du cavum. On sent très bien alors des adhérences se déchirer sous le doigt, des cordes fibreuses tendues résister beaucoup plus puis se rompre avec un bruit appréciable et on a enfin l'impression très nette du fond de la fossette de Rosenmüller. Évidemment, en tout cas, cette manœuvre demande un toucher exercé et parfois elle présente, même pour quelqu'un qui en a l'habitude, de réelles difficultés. En règle générale c'est une intervention relativement facile, sans danger, et fort utile à divers points de vue.

Ce qui est remarquable à la suite de ce traitement c'est la disparition *immédiate* en général des symptômes de vertige, quand il a pu être complet d'emblée. Cela pour des vertiges ayant même duré plusieurs années. On doit donc prendre en considération cette méthode de traitement, surtout si on se rappelle les résultats trop décevants des moyens thérapeutiques jusqu'ici usités. (J'en excepte le traitement de Babinski, la ponction lombaire dont les résultats publiés paraissent encourageants. Je préfère ma méthode comme s'appliquant à la cause, comme plus inoffensive, mais dans les cas où elle n'est pas utilisable il est grandement à désirer d'avoir un autre traitement efficace même symptômatique.)

Je passe sur les vertiges dont la cause siège sur d'autres points de l'appareil auditif et sur lesquels je n'ai rien à dire de

nouveau sinon qu'ils sont relativement beaucoup moins fréquents que ceux dont je viens de parler.

Comme autre cause possible de vertige il me reste à considérer les cas qui seraient dus à une lésion centrale cérébelleuse cérébrale ou médullaire. En éliminant ceux où les nerfs auditifs se trouvent intéressés et qui ont la signification des cas de vertige périphériques il est permis de se demander si le vertige fait partie des syndrômes cérébraux cérébelleux ou médullaires; si l'on a soin de ne pas confondre vertige et trouble d'équilibre, le doute qui était possible avant la notion nouvelle que j'apporte le devient bien plus avec elle. En effet, comme je l'ai dit, des causes à tendances analogues se favorisent et rien ne démontre que dans les observations où du vertige a été noté il n'y ait pas eu coïncidence de vertige d'oreille et de lésions centrales. J'ai même remarqué en parcourant les observations que cite Thomas dans son ouvrage sur le cervelet que dans une partie de celles où du vertige est noté un état anormal de l'oreille l'est également. Comme, d'autre part, la cause la plus fréquente de vertige otique, celle que je signale était parfaitement inconnue, qu'elle peut déterminer ce symptôme sans que rien d'anormal apparaisse du côté de l'oreille, il m'est permis de ne pas considérer, comme démontrée, l'origine centrale des vertiges observés.

En tous cas, que le vertige d'origine centrale existe ou n'existe pas, il est certain qu'à des lésions centrales peuvent s'associer des vertiges d'origine salpyngo-pharyngienne. En voici trois exemples :

Observation II. — Mme G..., 45 ans. Vient me consulter pour une surdité déjà ancienne. Elle a eu, de 20 à 25 ans, des angines répétées avec abcès. Depuis, ces accidents ne se sont pas reproduits mais elle a souvent besoin d'expulser des mucosités qui descendent du rhinopharynx. La surdité dont souffre cette malade s'est établie progressivement. Le seul point de repère qu'elle puisse donner est que, il y a quatre ans, elle entendait encore la montre à quelques centimètres. A la suite d'une grippe, à une époque mal déterminée, l'odorat a été presque supprimé. Il y a environ cinq ans, cette malade a souffert pendant plusieurs mois de douleurs assez violentes à la nuque. Il y a deux ans au moins, elle s'est aperçue d'une difficulté de la marche qui s'est établie sans accompagnement apparent d'autres symptômes. Elle consulta à cette époque un médecin qui fit le diagnostic d'ataxie locomotrice progressive. Un autre médecin, vu quelque temps après, fit

quelques réserves sur ce diagnostic. Cette malade est sujette à des crises de vaso-constriction très prononcées des mains qui ne durent que quelques minutes. La description qu'elle en donne correspond à celle de la première période de la maladie de Raynaud.

L'examen de l'oreille montre des tympans nettement scléreux, des conduits larges et secs presque sans cerumen. L'audition d'une montre normalement entendue à un mètre n'est possible qu'au contact fort des deux côtés. L'audition de la parole haute est possible sans forcer la voix.

La gorge est évidemment malade. De faux piliers postérieurs se voient nettement de chaque côté. Les amygdales sont très inégales, la gauche est augmentée de volume dans sa région supérieure. Le voile du palais est asymétrique. Le fond de la gorge porte quelques grosses granulations. La rhinoscopie postérieure assez facile laisse voir quelques ponts scléreux qui vont de la trompe à la paroi postérieure du cavum.

En ce qui concerne la sensibilité générale, en dehors des crises de vaso-constriction des mains pendant lesquelles celles-ci sont insensibles il n'existe pas de modifications spontanées. Les réactions aux diverses excitations sont normales et égales des deux côtés sur toute l'étendue du corps.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis. Ceux des membres supérieurs sont manifestes, plutôt exagérés. Les divers réflexes oculaires à la lumière, à l'accommodation, à la convergence, consensuels, sont conservés et normaux.

Les troubles de la marche ressemblent bien plus à ceux de l'asynergie cérébelleuse qu'à ceux du tabes sensitif. Ils ne sont pas d'ailleurs très prononcés. Ils déterminent seulement une légère démarche ébrieuse. Ils s'accentuent si l'allure est un peu rapide et dans le mouvement de se retourner brusquement ou de changer de direction. Le fait de regarder en haut, de se baisser et de se relever rend l'équilibre bien plus incertain. La malade ne fait qu'un bloc de tous ces troubles d'équilibre; bien que se rendant compte que, dans les circonstances dont je viens de parler il se produit des symptômes plus prononcés, des sensations d'entraînement, des illusions de mouvements pénibles qu'elle n'a pas en dehors d'elles ; jamais elle n'a songé à y voir deux ordres de phénomènes différents.

La rupture de symphyses salpyngo-pharyngiennes qui, en dehors des ponts fibreux constatés par la rhinoscopie postérieure étaient abondantes, fut faite autant pour modifier la surdité ou en arrêter l'évolution que pour traiter le vertige. Elle eut pour résultat que, dix jours après, les divers mouvements qui accentuaient les troubles de la marche étaient sans influence sur elle et que la montre, qui auparavant n'était entendue qu'au contact fort des deux côtés était perçue à demi centimètre à gauche et au contact léger à droite. Un mois après, l'amélioration s'était maintenue.

Observation III[1]. — M., 60 ans, mineur.

Ethylique et arthéromateux, cet homme a eu, deux ans avant son entrée à l'hôpital un ictus suivi d'une hémiplégie droite qui a duré deux mois.

Il a été amené à l'hôpital pour un nouvel ictus suivi de paralysie du bras droit qui a persisté six semaines.

Depuis son entrée, il marche difficilement par suite de brusques sensations de chute et d'attraction en avant se produisant à tout instant. Il a, constantes, mais moins fortes, des sensations erronées d'équilibre qui lui donnent une marche hésitante, ébrieuse. En plus, il présente la particularité curieuse d'avoir, depuis ses vertiges seulement, un symptôme désigné dans le langage courant sous l'appellation de vertige des hauteurs et qui est en réalité plutôt une phobie. Cet homme, qui est mineur, et par suite exposé souvent à se trouver suspendu à une grande hauteur, qui n'avait jamais eu cette sensation, a une crainte violente de s'approcher de la balustrade d'une galerie d'un second étage. Les divers mouvements brusques de la tête et des yeux déterminent des sensations vertigineuses.

L'audition de la parole à voix haute est juste suffisante. La montre est entendue au contact fort des deux côtés.

La rupture de symphyses salpyngo-pharyngiennes très étendues fait immédiatement disparaître la plus grande partie des symptômes de vertige. Le malade peut marcher droit facilement, il peut regarder par dessus la balustrade et exprime la différence d'impression qu'il éprouve par ces mots : « Il y a un moment, même si on m'avait donné mille francs, je n'aurais pas regardé dans le jardin. »

La destruction des symphyses salpyngo-pharyngiennes n'amena pas chez ce malade la guérison absolue du vertige. La sensation de projection en avant persista mais très rare et à un degré très faible, insuffisant pour gêner la marche. L'existence d'un état défectueux de l'oreille, malgré une amélioration certaine à la suite de l'intervention pratiquée, est une explication suffisante de cette persistance, à moins qu'on admette que ce résidu avait pour cause les lésions cérébrales. Dans l'une ou l'autre hypothèse, l'observation au point auquel je me place conserve la même valeur.

Observation IV[2] (résumée). — La maladie avait débuté plus de six mois avant l'entrée à l'hôpital ; les symptômes, en ce moment, étaient le résidu persistant d'un état beaucoup plus grave — impossibilité de

1. — Ce malade a été présenté à la Société des Sciences Médicales de Lyon le 11 mai 1904. Je dois cette observation à l'obligeance de mon maître, M. le Dr Clément, qui m'a permis d'étudier et de traiter ce malade dans son service.

2. — La malade qui fait l'objet de cette Observation et que, grâce à l'obligeance de M. le Dr Monisset, j'ai pu observer dans son service, a été présentée à la Société des Sciences Médicales de Lyon le 1er juin 1904 et son histoire publiée dans le *Lyon Médical*, 26 juin 1904.

marcher, même de s'asseoir sur son lit, crises de vomissements, troubles visuels très accentués, etc.

Il persistait du vertige exagéré par les mouvements, de la diplopie par paralysie du grand oblique à gauche, de la parésie faciale à droite. On constatait une diminution d'audition pour la montre de 1/2 à gauche, quelques bourdonnements et un état défectueux de la gorge.

La destruction de symphyses salpyngo-pharyngiennes fit immédiatement disparaître les symptômes de vertige, rendit la marche possible et rétablit l'audition. Les symptômes paralytiques persistèrent. C'est en cet état que la malade sortit de l'hôpital.

Au point de vue nerveux, le diagnostic suivant parut le plus probable à M. le Dr Monisset : « Lésion en foyer d'origine vasculaire, due à une artérite siégeant à la base de l'encéphale et très probablement au niveau de la protubérance. (Paralysies alternes incomplètes : à gauche du releveur de la paupière et du grand oblique, à droite du facial). »

J'ai su depuis que des symptômes de vertige s'étaient reproduits. Mais le type de symphyses salpyngo-pharyngiennes que présentait cette malade est assez sujet à se reformer et il est probable que la réapparition des symptômes de vertige est due à cette cause, comme me permet de le supposer l'observation d'autres faits dans lesquels à une récidive du vertige correspond toujours une reconstitution des symphyses salpyngo-pharyngiennes. On arrive toujours, plus ou moins facilement, à les faire disparaître définitivement.

En résumé, le vertige, qui est toujours de nature sensorielle, est presque toujours d'origine otique. L'absence de tout autre symptôme d'oreille n'est pas une raison suffisante pour rejeter ce dernier diagnostic.

Le vertige d'oreille peut être dû à des lésions d'un point quelconque de cet organe. En pratique, celui qui se trouve intéressé dans le plus grand nombre de cas est le pavillon de la trompe d'Eustache dont la position et les mouvements sont modifiés et, par suite, les fonctions compromises par la soudure de sa partie postérieure à la paroi du cavum (symphyses salpyngo-pharyngiennes).

Par suite, il se trouve que le plus grand nombre de l'ensemble des vertiges est lié à l'existence des symphyses salpyngo-pharyngiennes, d'où l'intérêt considérable de la connaissance de cette cause.

Cet intérêt est rendu plus grand par les conséquences thérapeutiques qui découlent du diagnostic de ces lésions. Par leur destruction on obtient dans la plupart des cas la *guérison rapide, sinon immédiate*, des vertiges qui en dépendent, c'est-à-dire du plus grand nombre de ceux qu'on a l'occasion d'observer.

L'existence des symptômes qui paraissent indiquer une lésion centrale ne doit pas faire rejeter d'emblée l'hypothèse de vertige par les symphyses salpyngo-pharyngiennes, car en dehors de la supposition d'une simple association accidentelle il peut y avoir action favorisante d'une maladie sur l'autre, en raison de leur tendance commune à la déséquilibration.

Cette notion nouvelle de l'étiologie du vertige est d'un grand intérêt puisqu'elle permet de rapporter à leur cause spécifique la plupart des vertiges et de les traiter d'une façon efficace. L'importance de cette cause est telle que, actuellement, aucun cas de vertige, quelle que soit son origine apparente, ne pourra être jugé sainement s'il n'en est pas tenu compte.

M. RÉGIS, *de Bordeaux*. — M. Royet croit-il que le mécanisme qu'il vient d'exposer soit applicable au vertige des artério-scléreux ? Il sait, comme moi, combien ce vertige est fréquent et combien il répond exactement au type clinique qu'il vient de tracer. Or, ce vertige des artério-scléreux s'expliquait jusqu'ici par des troubles de vaso-motion et d'accommodation vasculaire qui s'accompagnent, le plus souvent, des lésions scléreuses de l'oreille. Est-il, lui aussi, attribuable au vice anatomo-pathologique d'insertion de la trompe et, par suite, est-il justiciable de l'opération chirurgicale préconisée par notre confrère?

M. PITRES, *de Bordeaux*, rappelle combien les états qualifiés de *vertigineux* sont variables, non seulement dans leurs causes, mais dans leurs manifestations : vertige stomacal, vertige de Menière, vertige de la maladie de Friedreich, du tabes, etc. Il est peu vraisemblable que toutes ces variétés de vertige soient justiciables du même traitement.

M. HENRY MEIGE, *de Paris*. — Il est à souhaiter qu'on prenne l'habitude de préciser plus exactement qu'on ne le fait d'ordinaire les caractères des phénomènes dits *vertigineux*. Dans ce but, les distinctions établies par M. Pierre Bonnier à propos des fonctions bulbaires pourraient être utilisées avec profit. Il est nécessaire, en tout cas, de distinguer les phénomènes vertigineux d'origine labyrinthique ou bulbo-protubérantielle de leur représentation corticale ; ces deux sortes de troubles peuvent exister isolément ou simultanément ; ils ont des significations cliniques très différentes.

MM. Henry MEIGE et E. FEINDEL, *de Paris.*

**Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance.** — Nous avons eu l'occasion d'examiner, à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, un certain nombre de tiqueurs.

Les quatre cas que nous rapportons ci-après sont des exemples de tics du jeune âge, très fréquents et d'apparence banale. Quelques détails cliniques nous ont cependant paru mériter une mention. Nous nous sommes abstenus, pour éviter des redites, de revenir sur les faits qui ont été déjà analysés dans nos études antérieures sur les tics [1]. Mais nous avons tenu à préciser des interprétations pathogéniques et des indications thérapeutiques qui ont leur intérêt dans chaque cas particulier.

Observation I. — Suzanne B..., fillette de 8 ans, est venue à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, le 21 mars 1904.

Elle est atteinte de tics multiples, qui ont débuté il y a un mois environ. Aucun détail à relever dans les antécédents. L'enfant est de bonne santé. Elle est intelligente, travailleuse ; et même elle se préoccupe avec trop d'ardeur de gagner des « bons points » ou des « croix » à sa pension.

Ses tics ont apparu sans qu'on puisse en trouver la cause provocatrice ; il n'y a dans l'école qu'une petite fille qui soit atteinte d'un tic (haussement d'épaule). Chez Suzanne, les mouvements nerveux ont débuté par un *froncement du nez.* Actuellement, elle présente un *clignement,* tantôt bilatéral, tantôt unilatéral droit, des paupières, avec soulèvement du coin de la bouche ; en outre, un *tic des globes oculaires :* lorsqu'elle fixe pendant un instant, son œil se déplace brusquement à droite et en haut.

A signaler aussi un *plissement du front,* quand l'enfant réfléchit ou cherche quelque chose. De plus, elle mord et suce ses lèvres *(Cheilophagie* [2]*).*

Aucun mouvement nerveux pendant le sommeil ; la petite fille affirme que, lorsqu'elle est dans son lit, même éveillée, elle ne tique jamais ; ce que son père confirme. Les tics sont plus fréquents le soir que le matin, et plus fréquents lorsque l'enfant est inactive que lorsqu'elle est occupée. Elle sait d'ailleurs très bien qu'elle peut s'empêcher de tiquer. Enfin, cette fillette *parle toujours très vite,* trop vite ; elle *bredouille* souvent.

1. — Henry Meige et E. Feindel : *Les tics et leur traitement,* 1 vol. Masson, Paris, 1902.

2. — Henry Meige : *Tics des lèvres, cheilophagie, cheilophobie.* (Congrès de Bruxelles, août 1903.)

Pendant le temps qu'ont duré l'examen et l'interrogatoire, l'enfant n'a presque pas tiqué ; si nous avons vu parfois s'esquisser un mouvement convulsif, il était réprimé aussitôt spontanément.

Il s'agit d'un cas bénin d'un tic d'enfance, la fillette pouvant et sachant maîtriser ses tics à volonté et sans effort ; les tics cessent complètement lorsqu'elle est couchée, même éveillée.

La *précipitation de la parole*, aboutissant au *bredouillement*, s'observe très souvent chez les tiqueurs. Presque tous parlent beaucoup trop vite ; certains bredouillent sans arrêt ; d'autres s'arrêtent presque net après quelques mots, semblant avoir épuisé leur provision d'idées et de vocables. C'est que les tiqueurs n'ont, en quoi que ce soit, une *notion exacte de la juste mesure*, et en particulier de la *vitesse*. Ils semblent pressés en toutes choses, pour marcher, pour manger, pour parler. Cette précipitation des actes moteurs, y compris ceux du langage, n'est d'ailleurs que la manifestation objective d'une disposition mentale.

Les troubles de la parole doivent toujours être signalés chez ces malades ; leur constatation très fréquente démontre clairement l'étroite parenté qui existe entre les tics et les troubles du langage, tels que le bégaiement et toutes ses variétés. Les excellents effets de la *discipline psycho-motrice*[1] dans ces deux sortes d'accidents, viennent encore à l'appui de cette manière de voir.

Dans le cas actuel, le traitement pouvait être réduit aux indications suivantes :

1° Rappeler l'enfant à l'ordre chaque fois qu'elle ferait un geste ou une grimace intempestifs ;

2° Se lever très tard, se coucher très tôt et garder le repos au lit le plus possible ;

3° Retirer provisoirement l'enfant de sa pension, l'envoyer à la campagne, où les prescriptions ci-dessus indiquées devaient être mises à exécution.

Observation II. — Suz. L...., fillette de 8 ans et demi, est venue à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, accompagnée de sa mère, le 27 juin 1904.

1. — Brissaud et Henry Meige : *La discipline psycho-motrice*. (Congrès de Madrid, avril 1903.)

**Depuis l'âge de 7 ans environ, elle est atteinte d'un *tic de hochement.***

**Plus tard est survenue une petite *toux,* se reproduisant dans les mêmes conditions que les tics, et qui certainement est de la même nature.**

**Enfin, depuis peu, elle a un *tic des bras,* qui s'accompagne généralement d'un *mouvement expiratoire,* vif, mais sans bruit ; elle rapproche brusquement ses deux coudes de son corps, en même temps qu'elle fait cette brève expiration.**

**D'autres fois, enfin, elle se *frappe la région épigastrique* avec l'un ou l'autre poing ; chaque coup s'accompagne encore d'une brève expiration.**

**Elle fait aussi quelques *grimaces du visage, mordille ses lèvres ;* mais elle ne cligne pas des yeux et ne tire pas la langue.**

**Ces mouvements se produisent à droite comme à gauche ; ils sont cependant nettement *plus accusés du côté gauche.***

**L'enfant est de santé un peu chétive. Mais elle a bon sommeil et bon appétit. Elle *mange exagérément vite.* Elle est très remuante, et *toujours en mouvement* dans la maison ; « elle ne peut se tenir un instant tranquille ».**

**Elle est intelligente, mais très légère, très distraite, négligente dans sa tenue, dans son travail ; ses cahiers d'écriture sont couverts de ratures et de « pâtés ».**

Voilà encore un cas de *petits tics d'enfance,* dont le diagnostic saute aux yeux et dont le pronostic peut être considéré comme bénin, si la famille exerce une surveillance suffisante.

On remarquera :

1° Le mouvement brusque de *rapprochement des deux bras,* qui s'accompagne d'une *expiration* brève.

On peut se demander s'il s'agit là de deux tics superposés : *tic des bras et tic expiratoire.* Dans l'espèce, il nous semble que l'expiration est un phénomène secondaire, provoqué par le choc des coudes sur la paroi thoracique. Il existe d'ailleurs, entre les actes respiratoires et les mouvements d'abaissement des bras, une association fonctionnelle bien connue, qui est précisément utilisée dans les manœuvres de la respiration artificielle. Et cette *association* est purement *fonctionnelle,* les muscles expirateurs et les muscles adducteurs des bras recevant leur innervation de sources anatomiquement bien distinctes.

D'autre part, on peut faire remarquer que l'enfant a présenté antérieurement un *tic de toux,* tic expiratoire isolé, indépendant du tic des bras. Ce dernier aurait donc pu survenir ultérieurement à titre de complication.

Cependant, l'acte expiratoire, sans bruit et sans toux, survenant à l'occasion des coups que se donne la fillette sur la région épigastrique semble bien secondaire, consécutif au choc. Le même phénomène se produit chez n'importe quel sujet, avec l'instantanéité, l'irrésistibilité d'un acte réflexe simple à la suite d'un choc sur la région thoracique.

2° Les *coups de poings dans la région épigastrique* sont des « mouvements nerveux » très fréquents. Comme les « grattages », comme l'onycophagie, comme la cheilophagie, ils ont pour point de départ une sensation locale (démangeaisons, cuisson, douleurs très légères), dont le sujet cherche à se débarrasser, sensations banales qui attirent exagérément son attention au début; il multiplie les *gestes de soulagement* et de *défense;* il en prend rapidement l'habitude, et ceux-ci finissent par se reproduire inconsciemment, automatiquement.

Chez notre petite malade, une douleur qu'elle accuse dans la région épigastrique paraît avoir été le point de départ de ses coups de poings. C'est un geste fréquent, et l'on peut dire tout naturel, que de toucher, de comprimer, de tapoter l'épigastre ou l'abdomen, lorsqu'on y sent quelque gêne ou douleur. D'une façon très générale, on est enclin à porter la main sur le point du corps où l'on éprouve une sensation anormale. C'est là un acte moteur qui n'appartient pas à la catégorie des réflexes simples de centre médullaire, mais qui, du moins les premières fois qu'il se produit, est la conséquence d'une intervention des centres supérieurs. On *veut* atténuer une gêne, une douleur. Toutefois, par éducation, cet acte arrive à se manifester avec une spontanéité, une constance qui peuvent faire méconnaître, à tort, sa véritable origine. Et ceci s'applique aussi bien aux mouvements des tics qu'à tous ceux de nos mouvements qui, par la répétition, acquièrent les caractères de l'automatisme.

Une gêne quelconque, une sensation anormale dans la région épigastrique (pesanteur ou constriction stomacale, petite douleur costale, etc.) a donc été, selon toute vraisemblance, l'origine du *tic de frappement* de cette fillette.

Il faut ajouter qu'à la longue, la douleur primitive a pu être remplacée par une douleur *secondaire*. Les chocs réitérés, les fréquents et brusques efforts d'expiration, déterminent de véritables courbatures des muscles respirateurs, que le sujet cherche

à atténuer par de nouveaux chocs ou de nouvelles pressions. A ce cercle vicieux les tiqueurs échappent rarement. Ils incriminent volontiers, comme causes de leurs « mouvements nerveux », des sensations douloureuses, qui ne sont elles-mêmes, au contraire, que la *conséquence* de leurs « mouvements nerveux ». La meilleure preuve en est que si, par un procédé ou un autre, le repos au lit ou une surveillance assidue, les mouvements en question viennent à être supprimés, les sensations douloureuses disparaissent aussitôt.

3° Enfin, de même que nous signalions, dans l'observation précédente, la précipitation de la parole, de même nous devons insister ici sur la *précipitation de l'acte de manger,* qui est fréquente chez les jeunes tiqueurs. Il importe d'attirer leur attention, et surtout celle de leurs parents, sur les inconvénients, les dangers même, de cette mauvaise habitude. Chez certains sujets, on observe une véritable gloutonnerie ; chez d'autres, la quantité des aliments ingérés ne dépasse pas la moyenne, mais la mastication et l'insalivation sont très insuffisantes, et l'on conçoit aisément qu'il puisse en résulter des troubles gastro-intestinaux.

Il va sans dire que ces mauvaises habitudes ne sont point spéciales aux jeunes tiqueurs ; mais, comme ils y sont particulièrement enclins, on doit s'en enquérir afin de les corriger et de prévenir les accidents qui peuvent en être la conséquence.

*Traitement.* — Il a été recommandé à la mère d'imposer à l'enfant le repos au lit absolu pendant au moins quinze jours ; puis d'exercer sur elle une surveillance attentive, de ne laisser échapper aucune occasion de la rappeler à l'ordre, et de la remettre au lit, si elle recommence à tiquer.

Pour faire cesser le tic de hochement, *surveiller la coiffure.* Prohiber tout chapeau lourd et instable. Neuf fois sur dix, c'est là l'unique cause du hochement ; la guérison est une question de toilette.

Contre la cheilophagie, de fréquents rappels à l'ordre ; et, si cela ne suffit pas, une pommade amère sur les lèvres : la vaseline, assaisonnée de *sulfate de quinine,* a été maintes fois prescrite par l'un de nous avec succès aux cheilophages comme aux onychophages.

Surveiller l'alimentation et la mastication ; imposer un temps déterminé pour manger chaque plat.

Enfin, si les tics respiratoires persistent, commencer le *traitement athmothérapique* de Pitres : exercices respiratoires isolés et combinés avec mouvements méthodiques des bras, de la tête et du tronc, *devant miroir*[1].

Observation III. — Alice est une fillette de 13 ans, qui présente des tics multiples.

Rien de saillant dans son hérédité. Sa mère se plaint d'être neurasthénique. Il existe une énorme différence entre la culture intellectuelle de la mère et celle du père.

Alice est venue au monde dans d'excellentes conditions, a été nourrie par sa mère ; pendant la période d'allaitement, l'enfant dormait mal. Dès l'âge de 6 mois, elle a souffert de *troubles gastro-intestinaux* très fréquents (douleurs, constipation et débâcles avec fièvre élevée). A deux ans, *convulsions*, que la mère rapporte à la fois à ces troubles gastro-intestinaux et à l'éruption des grosses dents. Rougeole et coqueluche très bénignes. Après cette dernière, à l'âge de 8 ans, furonculose prolongée : cent vingt « clous » (?) auraient évolué sur un tout petit espace de la poitrine.

Actuellement, les troubles gastro-intestinaux persistent encore, la fillette est habituellement très constipée ; à l'occasion des causes les plus banales (exercice un peu violent, refroidissement, repas copieux, une mauvaise digestion), elle éprouve un grand malaise, elle a une forte fièvre (39° à 40°) avec délire. Ces crises ne durent que quelques heures.

Elle rêve facilement, et tout haut, surtout lorsqu'elle est préoccupée par un petit incident scolaire, lorsqu'elle a été au théâtre, etc. Il lui est même arrivé plusieurs fois de se promener tout en dormant dans sa chambre.

Au point de vue intellectuel, l'enfant est bien douée ; elle vient d'avoir son certificat d'études, à l'âge de 12 ans 1/2. Si elle aime le travail, elle aime aussi le jeu. Elle a ordinairement bon caractère.

Vers l'âge de 6 ou 7 ans, de *petits tics* ont apparu. Il n'y eut, assure-t-on, aucun tiqueur dans sa famille. A 10 ans, légère conjonctivite, mais les grimaces du visage existaient déjà depuis plusieurs années. Dès le début, les tics ont été nombreux et variés. Actuellement, voici ceux qu'on peut constater :

*Tic des yeux.* — Tic de *clignement* et tic d'*écarquillement* ; puis un tic plus compliqué, auquel participe le globe oculaire ; l'enfant ferme à demi l'œil gauche et écarquille le droit, tandis que le globe oculaire droit fait deux ou trois mouvements de rotation avec une grande rapidité.

Enfin, il existe un *léger strabisme* convergent, transitoire, dans les moments où la fillette regarde bien en face.

1. — Henry Meige : *Traitement des tics par le contrôle du miroir.* (Congrès de Grenoble, 1902.)

*Tic de la bouche.* — L'enfant ouvre brusquement la bouche et la referme non moins brusquement ; c'est une sorte de *happement.*

*Tic du nez.* — Elle relève brusquement les ailes du nez, symétriquement.

*Tic du front.* — Elle plisse son front et déplace son cuir chevelu par des mouvements rapides d'arrière en avant et d'avant en arrière.

*Tic phonatoire.* — Un petit bruit de gorge « *gue, gue* », plus fréquent depuis quelque temps.

*Tic de l'épaule.* — *Haussement clonique* de l'épaule droite, ou élévation permanente de cette épaule *(haussement tonique).*

*Tic du bras.* — Quelques mouvements convulsifs du bras droit, mal systématisés.

Pas de tics des jambes, pas de tics de la marche.

Tous ces « mouvements nerveux » sont *variables* dans leur fréquence et dans leur intensité. Ils sont surtout apparents lorsque l'enfant est très attentive, lorsqu'elle est dans une réunion, ou au théâtre, lorsqu'elle est préoccupée.

Quelques menues *phobies.* Elle a grand peur des araignées. Elle regarde sous son lit avant de se coucher, ferme à clef pour la nuit la porte de sa chambre, bien que celle-ci communique avec celle de ses parents ; mais tout ceci n'est pas constant.

Elle a aussi de petites *manies* ; certains actes sont répétés plusieurs fois de suite : tousser, se moucher et surtout dire « bonsoir », ce qu'elle fait avec volubilité « vingt fois de suite », dit sa mère, jusqu'à ce qu'elle ait impatienté ses parents, qui lui imposent silence ; d'ailleurs elle ne résiste pas, et va tranquillement se coucher.

Les parents sont venus l'an dernier nous demander quelques conseils au moment des vacances de leur fille, quelques jours avant de l'emmener à la campagne.

Le temps manquant pour instituer une discipline psychomotrice régulière, que la bénignité du cas ne semblait pas, d'ailleurs, impérieusement commander, on se contenta de prescrire quelques exercices méthodiques à exécuter chaque jour devant le miroir. Mise devant une glace, l'enfant convint avec quelque humiliation que ses grimaces la rendaient fort laide, et elle promit de s'observer. Cette petite gymnastique, surveillée par les parents et un séjour hygiénique au grand air, exempt de toute préoccupation de travail et d'école, suffirent pour amener une très grande amélioration. Au bout d'un mois et demi, l'enfant restait plusieurs jours sans tiquer. Deux mois plus tard, l'amélioration se maintenait encore.

1. — Cette fillette présente des *tics cloniques* (clignotement, tics du nez, frappement, haussement des épaules) et des *tics toniques* (écarquillement, élévation permanente d'une épaule).

D'autres mouvements nerveux sont moins bien caractérisés (plissement du front, grimaces diverses).

L'*écarquillement*, que l'un de nous a cru devoir ranger parmi les tics[1], est un tic tonique des paupières, presque aussi fréquent que le clignement. L'un et l'autre sont, d'ordinaire, aisément curables, pour peu que le sujet veuille bien y prêter attention. Quelques exercices exécutés devant le miroir en ont rapidement raison.

Le *strabisme* de la fillette est encore nne sorte de tic, assez fréquent dans le jeune âge. L'enfant, lorsqu'elle regarde bien en face, louche pendant une seconde, puis l'œil reprend sa position normale. Des mouvements méthodiques des globes oculaires et des exercices d'immobilisation, avec fixation sur le miroir de points déterminés, corrigent également assez vite ce petit défaut.

Le « *bruit de gorge* » « *gue, gue* », peut être un acheminement vers l'exclamation involontaire et même la coprolalie. Mais, dans le cas actuel, ce danger semble peu vraisemblable.

En somme, il s'agit de *petits tics variables*, qui, non seulement diffèrent entre eux, mais chaque tic en soi n'est jamais répété de la même façon ; un écarquillement n'est pas absolument identique à tous les écarquillements, un plissement de front à tous les plissements de front, etc.

Ces tics variables sont le propre des jeunes sujets ; leur pronostic est généralement bénin.

2. — L'enfant a de *petites manies*, mais peu tenaces ; fermer à clef la porte qui sépare sa chambre de celle de ses parents, c'est simplement une mauvaise habitude ; regarder sous son lit, fait assez banal cependant, est peut-être une manie mieux caractérisée ; tousser vingt fois de suite, se moucher vingt fois, dire vingt fois de suite « bonsoir » serait de l'arithmomanie si « vingt fois », dans l'espèce, ne signifiait pas simplement plusieurs fois. Quant à la peur des araignées, elle ne saurait avoir une grande valeur pathologique. Mais ce sont là des « graines » de manies et de phobies, dont il importe de détruire les germes de très bonne heure.

Malgré ces petites bizarreries et malgré les gâteries familiales,

1. — Henry Meige : Tics des yeux. (*Annales d'Oculistique*, 1903.)

l'enfant a conservé une certaine correction de tenue et une docilité qui permettent d'augurer favorablement de l'avenir. Elle aime son travail, et elle s'y applique sans excès, restant dans la bonne moyenne de sa classe, ce qui est, pour l'avenir, une meilleure note qu'une précocité anormale et un sérieux prématuré. Elle aime aussi les jeux de son âge, ce qui a son importance, car, au point de vue de la santé physique comme à celui de la santé mentale, il importe qu'un enfant sache également s'occuper par le travail et par le jeu. Enfin, notre fillette a bon caractère. Sans doute, elle donne des preuves de cet esprit de contradiction, parfois de rébellion, qui est le propre des enfants même les plus soumis. Certains jours, on ne sait pourquoi, on les voit tergiverser pour obéir et inventer quelque prétexte pour dissimuler leur désobéissance. Quelques-uns, à cet égard, font preuve d'une diplomatie malicieuse : ils cherchent à se faire un allié, tantôt de leur père, tantôt de leur mère, jusqu'au moment précis où va éclater le châtiment, verbal ou effectif, suivant les cas et suivant les réflexes ataviques. Mais cette manière d'être n'a aucune signification inquiétante, si elle n'atteint pas à la rétivité et à l'insubordination systématiques, et surtout s'il n'existe pas entre les parents des divergences et des discussions toujours fâcheuses. C'est à ce point de vue que nous avions noté, en parlant des parents de notre fillette, qu'il existait une différence entre la culture intellectuelle du père et celle de la mère. Voici pourquoi :

3. — Lorsqu'il s'agit de jeunes tiqueurs, on doit toujours s'enquérir de la *mentalité des parents,* non seulement pour connaître les tares névropathiques ou psychopathiques dont ceux-ci peuvent être atteints, mais aussi parce que très souvent la *désharmonie du ménage* est une des causes les plus favorables au développement des tics de l'enfance. Ceux-ci ne sont, en général, à leur début, que de *mauvaises habitudes ;* une surveillance attentive suffit le plus souvent à les enrayer. Des observations, des réprimandes, quelques punitions même, faites aux moments opportuns, ont vite raison de ces grimaces malséantes, simples caprices d'enfants gâtés, qui peuvent cependant devenir des tics sérieux, s'ils ne sont corrigés de bonne heure.

Lorsque le père et la mère sont d'accord pour comprendre et exécuter leurs devoirs d'éducateurs, ces petits accidents dispa-

raissent rapidement. Mais si l'un des parents pèche par ignorance, ou par excès de faiblesse, surtout — ce qui malheureusement n'est pas rare — si l'un d'eux cherche à excuser l'enfant, ou, pis encore, si l'un d'eux prend le parti du petit tiqueur contre l'autre parent, en reprochant ouvertement à ce dernier sa sévérité, alors l'enfant, ballotté entre les deux influences contraires, se laisse infailliblement entraîner vers celle qui lui plaît davantage, et c'est toujours vers celle qui ne lui défend pas de tiquer.

De telles dissensions familiales sont du plus funeste effet pour les petits candidats aux tics, qui ont besoin, plus que les autres enfants, d'une éducation ferme, d'une discipline régulière, et d'une direction univoque. Et les désharmonies familiales de ce genre sont très fréquentes, lorsqu'il existe entre le degré de culture des parents une différence accusée.

Dans notre cas, cependant, il ne semble pas que cette différence ait produit des effets regrettables. L'enfant, il est vrai, est une « enfant gâtée » ; mais elle est « gâtée » par son père comme par sa mère. D'ailleurs, ceux-ci ont compris l'un et l'autre la nécessité de la surveillance qui leur a été prescrite ; ils l'ont exécutée avec sagesse ; ils en ont été récompensés par les progrès constants et incontestables de leur fillette. Nul doute que, s'ils persévèrent, ils suffiront à parachever sa guérison.

4. — La tâche éducatrice des parents ne doit pas se borner à donner aux enfants des habitudes motrices qui s'accordent avec ce que l'on est convenu d'appeler la « bienséance ».

Une autre surveillance, capitale au point de vue de la santé générale, s'impose, et, il faut bien l'avouer, se montre souvent en défaut. Nous voulons parler de la *discipline de toutes les fonctions* de l'enfant. Si les tiqueurs méritent surtout ce nom parce qu'ils présentent des perturbations de leurs fonctions motrices, ils sont également exposés à d'autres *perturbations fonctionnelles*. Chez eux, l'insuffisance du contrôle cortical peut être l'occasion, non seulement de désordres moteurs, mais aussi de désordres fonctionnels viscéraux, qu'une discipline attentive peut également corriger et faire disparaître.

Notre petite malade a été « mal élevée » depuis sa naissance. Ses insomnies pendant la période de la lactation, les troubles gastro-intestinaux de son jeune âge peuvent très bien n'être que la conséquence d'une trop grande faiblesse maternelle et

de négligences commises dans la surveillance de l'alimentation. La fonction sommeil et les fonctions digestives sont de celles qu'une discipline persévérante parvient le mieux à régulariser chez les jeunes sujets. Et il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de cette surveillance au point de vue de la santé et du développement de l'enfant. Chez notre petite malade, les troubles gastro-intestinaux accompagnés d'un tableau assez dramatique de mal-être général, de douleurs, de fièvre élevée et de délire, auraient sans doute été heureusement modifiés par un régime plus régulier, une discipline alimentaire plus sévère.

En somme, outre son déséquilibre moteur, la fillette présentait, et présente encore, un *déséquilibre viscéral,* justiciable d'une régularisation méthodique. Et, de même qu'il est nécessaire de la soumettre à une discipline psycho-motrice pour corriger ses tics, de même elle bénéficiera d'une discipline *psycho-digestive,* si l'on peut ainsi parler.

Cette opinion n'a rien de téméraire. Quel que soit le siège exact des centres chargés d'assurer le régulier fonctionnement des phénomènes sécrétoires, circulatoires, thermiques, etc., — et ce siège est vraisemblablement la région bulbaire — tous ces centres sont en connexion certaine avec les centres corticaux; de même qu'ils réagissent sur ces derniers pour porter dans le domaine conscient la notion des troubles sécrétoires, vasculaires, etc., de même ils peuvent recevoir de l'écorce des commandements qui se traduisent par une modification des phénomènes sécrétoires, circulatoires, etc.

Chez le sujet normal, l'équilibre s'établit tout naturellement. Chez celui dont le contrôle cortical est insuffisant ou inconstant, un certain déséquilibre fonctionnel ne tarde pas à se manifester. En provoquant des interventions opportunes du contrôle cortical, on parvient à rétablir l'équilibre passagèrement détruit; en réitérant aussi fréquemment qu'il est nécessaire ces interventions régulatrices, on arrive à créer de *bonnes habitudes fonctionnelles,* en quelque domaine que ce soit.

Ainsi se règlent le sommeil, la faim, la soif, la miction, la défécation, etc., chez les nouveau-nés. Et l'on conçoit toute l'importance d'une surveillance fonctionnelle de ce genre chez les jeunes sujets, surtout chez ceux qui, congénitalement, sont prédisposés aux déséquilibres fonctionnels.

Il existe réellement une *discipline psycho-motrice des muscles de la vie végétative*, et une *discipline psycho-sécrétoire*.

Observation IV. — Robert E., 16 ans, ajusteur, est venu à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu.

Pas de tic dans la famille. Cinq sœurs, l'aînée mariée, quatre autres plus jeunes que lui, bien portantes. Un frère, âgé de 18 ans, est dans une maison de correction.

Robert est de bonne santé, il est assez travailleur ; mais impatient, colère ; à l'occasion d'une contrariété, il perd un peu le contrôle de ses actes ; récemment il aurait même frappé sa mère.

Le premier tic est apparu à 12 ans 1/2. D'après le père du malade, il n'y a certainement pas eu imitation. C'est un *tic de la mâchoire* (abaissement du maxillaire inférieur avec application des lèvres sur les dents). Ensuite est survenu un *tic de hochement*, renversement de la tête à gauche et mouvement saccadé en arrière. Enfin, ont apparu divers autres *tics de la face et du cou : clignotement, élévation des ailes du nez ;* tic de *crachotement*, tic de *déglutition*.

Les *doigts* sont le siège de *mouvements incessants*, involontaires, mais qui n'ont pas le caractère de brusquerie convulsive de ceux du visage. Ce sont plutôt des contorsions variables rappelant les mouvements choréiformes ou athétosiformes, provoquant des craquements dans les articulations des phalanges, et qui, par leur répétition, ont entraîné des subluxations, au pouce notamment.

Ce garçon a aussi un *tic de la marche. Il heurte ses chevilles* l'une contre l'autre, souvent assez fort pour se faire mal. Pendant la marche, et aussi pendant son travail, et en diverses autres circonstances, *il se baisse brusquement*, et, avec la main, tire sur sa chaussette.

Pendant le sommeil, aucun mouvement. Les tics sont aussi fréquents le matin que le soir. C'est surtout à l'atelier, à l'occasion d'une remontrance, ou lorsqu'il s'agit d'exécuter rapidement un travail pressé, que les tics sont plus nombreux ; en même temps l'agitation générale s'accroît, et aussi la maladresse : il laisse tomber des objets, il casse ses outils.

Il peut s'empêcher de tiquer. Quand il est de son intérêt de demeurer immobile, quand il ne peut remplacer un tic par un autre, il tique « en dedans », dit-il.

Ce garçon a sans doute d'autres tics, qu'il ne signale pas ou que nous n'avons pas constatés. A l'examen du nu, on voit se produire de temps en temps des contractions des peauciers du cou, des sterno-cléido-mastoïdiens, des muscles de la région sous-hyoïdienne.

A noter une asymétrie corporelle manifeste ; le thorax et le bras sont plus développés du côté droit que du côté gauche.

Sensibilité et organes des sens normaux.

En ce qui concerne les tics de ce jeune homme, il faut faire ressortir leur fréquence et la multiplicité de leurs localisations :

tics de la tête, hochement, tics de la face, tic de crachotement, tic de déglutition, tic des jambes, tic de la chaussette. Cet ensemble conduit à penser à la maladie de Gilles de la Tourette. La variabilité des tics, les mouvements choréiformes des mains font songer également à la chorée variable de Brissaud.

En tout cas, le pronostic doit être plus réservé que dans les exemples précédents. L'asymétrie corporelle représente une tare dégénérative assez importante, car il ne semble guère qu'on puisse la mettre uniquement sur le fait d'une déformation professionnelle. Le frère, enfermé dans une maison de correction, est une tare psychique grosse de conséquences. L'intelligence du malade est dans la petite moyenne ; son caractère est peu enviable ; il est sournois ; il faut lui arracher, pour ainsi dire, toutes ses réponses. Enfin, son impulsivité est inquiétante pour l'avenir, puisqu'il a été jusqu'à frapper sa mère. Sa paresse, sa maladresse, feintes ou non, ne sont pas non plus d'un bon présage.

Dans un cas de ce genre, l'*isolement* s'impose, avec une *discipline rigoureuse,* et les efforts éducateurs devront porter non seulement sur les actes moteurs, mais sur le « moral » du sujet.

M. J. CROCQ, *de Bruxelles.*

**Le phénomène plantaire combiné. — Étude de la réflectivité dans l'hystérie.** — L'examen des réflexes n'a donné, jusqu'à ce jour, que des renseignements très peu précis dans l'hystérie.

Autrefois, Chairon [1] avait cru pouvoir faire, de l'abolition du réflexe pharyngien, un stigmate pathognomonique de cette névrose. Cette assertion, confirmée par Sawyer [2] et Brochin [3], a été combattue par Schnitzler [4], Jolly [5], Armaingaud [6],

1. — Chairon : Études cliniques sur la nature et la coordination des phénomènes hystériques. (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 1869, p. 736.)

2. — Sawyer : Some neurone of the larynx. (*British med. Journal,* 31 octobre 1874.)

3. — Brochin : Article « Maladies nerveuses » du *Dictionn. des Sciences méd.,* t. XII, p. 353.

4. — Schnitzler : Ueber Sensibilataetsneurosen des Kehlkopfes. (*Wiener med. Presse,* nos 46 et 48, 1873.)

5. — Jolly : Hypochondrie und hysterie. (*In Ziemzen's Handbuch,* 1877, p. 531.)

6. — Armaingaud : Relation d'une petite épidémie d'hystérie observée à Bordeaux. (*Journal de médecine de Bordeaux,* nos 19, 20, décembre 1879.)

Ziemssen[1], Fraenkel[2], Thaon[3], Mackensie[4], Gougenheim[5], Gottstein[6], Lori[7], Lichtnitz[8], Pitres[9], Mossé[10].

Armaingaud fait remarquer que l'anesthésie de l'épiglotte se rencontre chez les épileptiques, les saturnins, les névropathes de tous genres et souvent aussi chez les individus normaux. Thaon ne l'a rencontrée que chez un sixième de ses hystériques. « Il n'y a pas lieu, dit Pitres, de considérer cette insensibilité comme un signe pathognomonique ; mais il convient de reconnaître qu'elle est assez fréquente chez les hystériques. » Mossé a rencontré l'abolition du réflexe pharyngien chez les deux tiers des sujets non hystériques ; Rendu[11] chez les quatre cinquièmes des élèves des lycées ; Joffroy[12], Sollier[13], Marandon de Montyel[14] ont signalé la fréquence de ce phénomène dans la paralysie générale ; Féré[15] l'a rencontré chez 46 pour 100 de ses épileptiques ; Zlataroff[16] chez 50 pour 100 des sujets atteints d'affections nerveuses quelconques.

Ces faits se confirment de jour en jour : l'abolition du réflexe pharyngien, inconstant dans l'hystérie, se rencontre dans un grand nombre d'autres affections, et l'on peut conclure avec Grasset, Pitres, Dejerine et la majorité des auteurs modernes

1. — Ziemssen : *Handbuch der Krankheiten des Respirationsapparates.* (Leipzig, 1879, p. 400.)

2. — Fraenkel : Beitrag zur Lebre von den Sensibilitaetsneurosen des Schlunder u des Kehlkopfes. (*Breslauer Aertz. Zeitsch*, 28 août 1882.)

3. — Thaon : L'hystérie et le larynx. (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., t. VII, p. 30, 1881.)

4. — Mackensie : *Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée* (traduit par Monre et Berthier, Paris, 1882).

5. — Gougenheim : *Névroses du larynx.* (Paris, 1883.)

6. — Gottstein : *Die Krankheiten des Kehlkopfes.* (Vienne, 1884, p. 156.)

7. — Lori : *Die durch andreweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens des Kehlkopfes und der Luftröhre.* (Stuttgard, 1885, p. 23.)

8. — Lichtnitz : *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens.* (Paris, 1887, p. 42.)

9. — Pitres : *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme* (1891, t. I, p. 83).

10. — Mossé : Valeur sémiologique de l'anesthésie de l'arrière-gorge et de l'épiglotte comme stigmate d'hystérie. (*Midi médical*, 16 avril 1893.)

11. — Rendu : *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1891.

12. — Joffroy : *Soc. médico-psychologique*, 13 novembre 1893.

13. — Sollier : *Soc. médico-psychologique*, 29 janvier 1894.

14. — Marandon de Montyel : *Archives de physiologie*, 1897.

15. — Féré : *Semaine médicale*, 1897.

16. — Zlataroff : Valeur sémiologique de quelques réflexes cutanés et muqueux. (*Thèse de Toulouse*, 1900, p. 153.)

que ce symptôme, sans être pathognomonique, est cependant fréquent dans la névrose hystérique.

Les autres réflexes ont donné lieu, sinon à des recherches moins suivies, du moins à des conclusions moins précises. Après avoir parlé du phénomène de Babinski comme signe différentiel entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique, Dejerine[1] ajoute : « Je n'insisterai pas sur l'état d'autres réflexes cutanés ou muqueux dans l'hystérie, qui sont essentiellement variables selon que la peau et les muscles présentent une sensibilité normale ou non, car l'état de ces réflexes est corrélatif de celui de cette sensibilité. »

Il est certain que l'exagération des réflexes tendineux est très fréquente dans l'hystérie et c'est là un point sur lequel j'ai insisté dans mon rapport au Congrès de Limoges[2]. Mais cette hyperréflectivité est un phénomène si banal, si fréquent dans un grand nombre d'infections, d'intoxications, d'états névrosiques, d'affections nerveuses organiques, que sa constatation ne suffit pas pour établir le diagnostic.

*
* *

Les faits sur lesquels je désire appeler aujourd'hui l'attention se manifestent du côté de la plante du pied. Il me paraît nécessaire, avant de les décrire, de définir nettement les réactions multiples que l'on observe sous l'influence de l'excitation de la région plantaire. Ces réactions sont, en effet, devenues si complexes, leurs particularités ont été étudiées avec tant de soin dans ces dernières années, qu'il est indispensable de les différencier nettement.

### I. — Réflexes plantaires normaux.

« Chez un individu normal, disais-je en 1901, dont la sensibilité plantaire n'est pas exagérée, soit constitutionnellement, soit grâce à une intoxication, un attouchement très léger de la plante du pied provoque la flexion des orteils. Une excitation un peu plus énergique donne lieu, chez ce même sujet, à une flexion des orteils, plus une contraction du fascia lata. Une excitation plus forte encore produit la contraction, non seulement du fascia lata, mais encore du couturier,

1. — Dejerine : Sémiologie du système nerveux. (In *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. V, p. 1067.)

2. — Crocq : Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contraction. (*Comptes-rendus du Congrès de Limoges*, 1901, p. 180. — *Journal de Neurologie*, 1901, p. 480.)

des adducteurs, du jambier antérieur, avec la flexion de la cuisse sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et des orteils sur le métatarse.

» Enfin, une irritation plus énergique encore donne lieu à une réaction analogue, avec cette différence cependant que les orteils et surtout le gros orteil, au lieu de se fléchir s'étendent par la contraction des extenseurs et en particulier du gros orteil, dont l'action prédomine sur celle des fléchisseurs.

» L'ordre dans lequel se produisent les réactions d'origine plantaire est donc le suivant : fléchisseur des orteils, tenseur du fascia lata, couturier, adducteur, jambier antérieur et enfin extenseur des orteils et en particulier du gros orteil [1]. »

Il est bon de faire remarquer que la flexion des orteils et la contraction du fascia lata sont à peu près simultanées. Ces différentes réactions donnent lieu à trois réflexes normaux :

1° Le *réflexe plantaire en flexion*, que j'ai appelé *réflexe plantaire normal de Babinski*, parce que ce savant l'a, le premier, nettement décrit en 1893 [2]. Ainsi que je l'ai fait remarquer dans mon rapport à Limoges [3], les auteurs étaient, à cette époque, loin d'être d'accord sur la définition du réflexe plantaire ; actuellement, les cliniciens sont unanimes à admettre que ce réflexe est constitué par la flexion des orteils sous l'influence de l'excitation légère de la plante du pied.

J'ai insisté précédemment sur les précautions à prendre pour éviter les nombreuses causes d'erreur dans la recherche de ce réflexe ; après avoir montré combien les statistiques des auteurs diffèrent, j'ai cru pouvoir dire que le réflexe plantaire en flexion existe chez 90 à 95 pour 100 des sujets *normaux* [4]. C'est donc un phénomène pour ainsi dire constant, bien que son intensité puisse varier à l'infini.

2° Le *réflexe* du *fascia lata*, décrit en 1897 par Brissaud [5] et que j'ai dénommé *réflexe plantaire normal de Brissaud* [6], injustement négligé pendant six ans [7], constitue cependant une réaction des plus intéressantes.

La définition de ce réflexe se trouve tout entière dans les paroles suivantes de Brissaud : « Si, après avoir découvert le sujet jusqu'aux hanches, vous excitez légèrement l'épiderme plantaire, vous verrez

1. — Crocq : Le réflexe du fascia lata. (*Ann. de la Soc. belge de Neurologie*, 28 décembre 1901. *Journal de Neurologie*, 1902, n° 2, p. 3.)

2. — Babinski : Discussion du rapport de M. Mendelssohn. (*Comptes-rendus du Congrès intern. de Neurologie de Bruxelles*, 1897, fasc. I, p. 111.)

3. — Crocq : Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture. (*Rapport au XII^e Congrès des méd. aliénistes et neurologistes*. Limoges, 1901, p. 127.)

4. — *Id., loc. cit.*, p. 128.

5. — Brissaud : Le réflexe du fascia lata. (*Gaz. heb. de méd.*, mars 1896, n° 22, p. 253.)

6. — Crocq : Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire (*Ann. de la Soc. belge de Neurologie*, 22 février 1902. — *Journal de Neurologie*, 1902, n° 6, p. 108.)

7. — *Id.*, Le réflexe du fascia lata. (*Ann. de la Société belge de Neurologie*, 28 décembre 1901. — *Journal de Neurologie*, 1902, n° 2, p. 28.)

presque toujours apparaître une contraction vive, instantanée et isolée du *tenseur du fascia lata*[1]. »

Le réflexe du fascia lata est d'une constance remarquable ; sa recherche nécessite les mêmes précautions que celles du réflexe en flexion ; il est nécessaire de pratiquer une excitation très légère de manière à provoquer la contraction isolée du fascia lata, sans participation des autres muscles de la cuisse.

3° Le *réflexe plantaire défensif* ou réflexe profond du pied, très anciennement connu, consiste dans la contraction des muscles couturier, adducteurs, jambier antérieur, extenseur des orteils et en particulier du gros orteil, avec flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin.

Ce réflexe, constant à l'état normal, se produit sous l'influence d'une excitation *forte* de la plante du pied (piqûre). J'ai résumé précédemment ces données comme suit :

« Les réactions motrices provoquées par l'excitation de la plante du pied peuvent être divisées cliniquement en trois et physiologiquement en deux groupes.

» Cliniquement on rencontre :

» 1° La flexion des orteils, provoquée par un attouchement très léger, qui constitue le *réflexe plantaire normal de Babinski ;*

» 2° La contraction du tenseur du fascia lata, provoquée par une irritation un peu plus énergique, qui constitue le *réflexe plantaire normal de Brissaud ;*

» 3° La contraction du couturier, des adducteurs, du jambier antérieur, de l'extenseur des orteils et en particulier du gros orteil (faux phénomène de Babinski), avec flexion de la cuisse sur la jambe et de la jambe sur la cuisse qui constitue le *réflexe défensif* complet destiné à éloigner le pied de l'excitant. »

Anatomiquement, les voies de ces trois espèces de réflexes paraissent différentes : me basant sur des faits expérimentaux et cliniques, je me suis efforcé de prouver au Congrès de Limoges que, comme terme ultime de l'ascension des centres dans l'échelle animale, les réflexes tendineux ont, chez l'homme, leurs centres dans les corps opto-striés, tandis que les réflexes cutanés se transmettent jusqu'à l'écorce cérébrale (centres corticaux) et que les réflexes défensifs rapides, tels que le réflexe profond du pied, sont intra-médullaires.

« Chez l'homme, disais-je[2], les voies longues sont seules chargées de produire les réflexes tendineux et cutanés ; les centres des réflexes tendineux sont basilaires et soumis à l'action inhibitrice du cerveau et du cervelet ; ceux des réflexes cutanés sont corticaux.

» Ici encore, certains réflexes défensifs continuent à parcourir les voies courtes (piqûre, eau chaude, eau froide). »

D'après ces données, qui ne sont pas renversées à l'heure actuelle, le

1. — Crocq : Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 6, p. 108.)

2. — *Id.*, *Physiologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture*, p. 140.

centre du réflexe plantaire normal en flexion serait cortical, tandis que celui du réflexe plantaire défensif serait médullaire.

Les faits cliniques prouvent l'exactitude de cette assertion : lorsque les centres corticaux et leurs voies centripètes et centrifuges sont intactes, il y a conservation du réflexe plantaire en flexion ; au contraire, chaque fois que les centres corticaux ou leur prolongement sont détruits, il y a abolition de ce réflexe.

La contraction du fascia lata n'est, en somme, que le début du réflexe défensif. Le fascia lata se contracte toujours dans le retrait réflexe du membre inférieur ; pour obtenir sa contraction isolée, il faut pour ainsi dire dissocier le réflexe défensif, faire un attouchement suffisant pour provoquer la réaction du fascia lata, et insuffisant pour que le couturier, les adducteurs, le jambier antérieur, l'extenseur des orteils se contractent.

Lors de mes premières recherches sur le réflexe du fascia lata, après avoir mentionné les trois catégories de réflexes plantaires cliniques mentionnés plus haut, j'ajoutais [1] :

« Physiologiquement, les deux dernières réactions se confondent ; dans mon premier article, j'ai cherché à prouver que la contraction du fascia lata constitue le début du mouvement de défense automatique dont la réalisation complète est la rétraction du membre.

» Au contraire, le réflexe en flexion est un phénomène spécial, indépendant des deux autres et souvent même en antagonisme avec eux puisque l'on rencontre assez fréquemment l'abolition du premier en même temps que l'exagération des derniers.

» Physiologiquement, on trouve donc :

» 1° La flexion des orteils provoquée par un attouchement très léger (réflexe plantaire normal de Babinski) ;

» 2° La contraction du tenseur du fascia lata provoquée par une irritation un peu plus forte (réflexe plantaire normal de Brissaud) ; puis la contraction du couturier, des adducteurs, du jambier antérieur, de l'extenseur des orteils et en particulier du gros orteil, avec flexion de la cuisse sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, etc. (réflexe défensif complet). »

Si ces idées sont exactes, le centre réflexe du fascia lata doit être médullaire ; ainsi que je le faisais remarquer il y a deux ans, « il doit exister dans les régions transversales complètes de la moelle, siégeant au-dessus des noyaux du crural, alors que les réflexes tendineux et cutanés sont abolis [2] ».

Les observations confirment en tout point cette manière de voir, le réflexe du fascia lata ayant une signification clinique toute différente de celle du réflexe plantaire en flexion.

Dans sa leçon de 1896, Brissaud présentait à ses élèves un malade atteint de paraplégie flasque des deux membres inférieurs, avec paralysie des sphincters, eschares, hypoesthésie considérable, chez lequel

1. — Chocq : Réflexe plantaire cortical et réflexe plantaire médullaire. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 6, p. 108.)

2. — *Id.*, Le réflexe du fascia lata. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 2, p. 35.)

bien spéciale concernant ce sujet. Les discussions ont porté sur le point de savoir si les réactions réflexes cutanées sont ou non en rapport avec l'état de la sensibilité.

Pitres remarque que « les réactions motrices qui suivent le chatouillement de la peau sont en général directement proportionnelles au degré de sensibilité cutanée[1] » sauf en ce qui concerne le réflexe abdominal. « Il est certain toutefois, dit-il, que le réflexe abdominal n'est pas en rapport aussi direct avec la sensibilité cutanée que les autres réflexes au chatouillement, que le réflexe plantaire en particulier. » Jendrassik[2] admet un rapport étroit entre les réflexes cutanés et l'état de la sensibilité.

Ferranini[3], Agostini[4], Leyden[5], Goldscheider[6], Dejerine[7], Chadzynski[8], reconnaissent l'inconstance du rapport entre l'anesthésie et l'abolition des réflexes cutanés.

Ganault[9] considère au contraire la sensibilité réflexe comme une manifestation de l'exquise délicatesse de la sensibilité tactile.

Ainsi que je le faisais remarquer antérieurement[10], il est très difficile de se rendre compte exactement de l'état des réflexes cutanés, et des plantaires en particulier, si l'on ne s'astreint pas à des précautions minutieuses sans lesquelles le sujet réagit parce qu'il *sait* l'attouchement désagréable. J'ajoutais que, dans les affections fonctionnelles, le parallélisme entre l'état de la sensibilité et des réactions réflexes me paraissait moins constant que dans les maladies organiques. Quoi qu'il en soit, je disais, en 1901[11], concernant l'état de ces réflexes cutanés dans l'hystérie : « Le réflexe plantaire est cependant souvent absent, et cela presque toujours lorsqu'il y a anesthésie plantaire. »

1. — Pitres : *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*. Paris 1891, t. I, p. 70.

2. — Jendrassik : Sur la localisation générale des réflexes. (*Deutches arch. f. klin. Med.*, 1894, Bd LII, pp. 569-600.)

3. — Ferranini : Le vie afferanti dei reflessi, etc. (*Rep. med.*, Naples 1898.)

4. — Agostini : Analyse dans la (*Rev. neurol.* 1874, p. 105), cité par Chadzynski.

5-6. — Leydenn et Goldscheider : Cités par Zlataroff et Chadzynski.

7. — Dejerine, *loc. cit.*, p. 998.

8. — Chadzynski, *loc. cit.*, p. 84.

9. — Canault : Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie organique. (*Thèse de Paris*, 1898.)

10. — Crocq : *Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture*, p. 135.

11. — *Id.*, p. 180.

A l'occasion de la présentation d'un cas de névrose traumatique dans lequel les réflexes plantaires en flexion et du fascia lata étaient très faibles à gauche et abolis à droite, je disais [1] : « Du reste, l'abolition simultanée des deux réflexes plantaires se rencontre dans les névroses ; *j'ai,* pour ma part, rencontré *trois hystériques chez lesquelles l'excitation de la plante du pied ne donnait lieu à aucune réaction du côté du fascia lata.* » Je soulignais ces mots, parce que ce phénomène m'avait frappé et que je désirais en rechercher les causes.

Le 28 mars 1903, M. Bastin [2] présenta à la Société belge de Neurologie un cas d'hystérie mâle avec hyperréflectivité tendineuse extrême et abolition des réflexes plantaires en flexion et du fascia lata [3] : « Remarquez aussi, disais-je au cours de la discussion, l'abolition des deux réflexes plantaires, en flexion (que j'ai dénommé *réflexe plantaire cortical)* et du fascia lata (que j'ai appelé *réflexe plantaire médullaire).* A plusieurs reprises, je vous ai montré des hystériques présentant l'abolition simultanée de ces deux réflexes plantaires sans altération de la sensibilité de la plante des pieds. Chez le malade de M. Bastin, nous rencontrons, une fois de plus, ce phénomène que je considère comme fréquent dans l'hystérie. »

Depuis deux ans, je n'ai cessé de poursuivre cette idée : j'ai examiné les réflexes plantaires de tous les malades que j'ai eu l'occasion d'examiner, et cela dans toutes les conditions voulues pour éviter la moindre cause d'erreur. En ce qui concerne l'hystérie, j'ai eu soin d'écarter tous les cas douteux : j'ai choisi, parmi les nombreux sujets que j'ai rencontrés, ceux qui présentaient des stigmates non équivoques de la névrose, tels que : accès convulsifs bien caractérisés, paralysies ou contractures nettement hystériques, anesthésies nettement établies. J'ai réuni ainsi un total de 100 cas qui me permettent de dresser le tableau reproduit page suivante.

1. — Crocq : Un cas de névrose traumatique grave. *Annuaire de la Société belge de Neurologie*, 26 avril 1902. — *Journal de Neurologie*, 1902.

2. — Bastin : Un cas d'hystérie mâle avec hyperréflectivité extrême. *Annuaire de la Société belge de Neurologie*, 28 mars 1903, p. 217. — *Journal de Neurologie*, 1903.

3. — Crocq : Discussion du cas précédent. *Annuaire de la Société belge de Neurologie*, 28 mars 1903, p. 218. — *Journal de Neurologie*, 1903.

| NOMBRE des MALADES | DIAGNOSTIC | ÉTAT DE LA SENSIBILITÉ PLANTAIRE | RÉFLEXE PHARYNGIEN | RÉFLEXE PLANTAIRE CORTICAL | RÉFLE PLANTA MÉDULLA |
|---|---|---|---|---|---|
| *A)* **Hommes** | | | | | |
| *a)* 11 | ACCÈS TYPIQUES..... | Abolie... 3=27,27%<br>Affaiblie. 3=27,27%<br>Normale. 2=18,18%<br>Exagérée. 3=27,27% | Aboli.... 6=54,54%<br>Affaibli... 2=18,18%<br>Normal.. 1= 9,09%<br>Exagéré.. 2=18,18% | Aboli.... 6=54,54%<br>Affaibli.. 2=18,18%<br>Normal.. 1= 9,09%<br>Exagéré.. 2=18,18% | Aboli.... 5=<br>Affaibli.. 3=<br>Normal.. 1=<br>Exagéré.. 2= |
| *b)* 5 | PARALYSIES et CONTRACTURES..... | Abolie..... 2=40 %<br>Affaiblie... 1=20 %<br>Normale... 0=0<br>Exagérée... 2=40 % | Aboli..... 3=60%<br>Affaibli..... 0=0<br>Normal..... 1=20%<br>Exagéré..... 1=20% | Aboli..... 3=60%<br>Affaibli..... 1=20%<br>Normal..... 0=0<br>Exagéré..... 1=20% | Aboli.....<br>Affaibli.....<br>Normal.....<br>Exagéré.... |
| *B)* **Femmes** | | | | | |
| *a)* 52 | ACCÈS TYPIQUES..... | Abolie.. 17=32,69%<br>Affaiblie. 19=36,15%<br>Normale. 5= 9,63%<br>Exagérée. 11=21,17% | Aboli... 41=78,84%<br>Affaibli. 2= 3,86%<br>Normal. 1= 1,92%<br>Exagéré. 8=15,38% | Aboli... 35=67,30%<br>Affaibli.. 3= 5,76%<br>Normal. 5= 9,53%<br>Exagéré. 9=17,50% | Aboli.. 2=<br>Affaibli. 6=<br>Normal.. 5=<br>Exagéré. 9= |
| *b)* 21 | PARALYSIES et CONTRACTURES..... | Abolie.. 13=61,90%<br>Affaiblie. 2= 9,52%<br>Normale. 1= 4,76%<br>Exagérée. 5=23,80% | Aboli... 14=66,66%<br>Affaibli. 1= 4,76%<br>Normal. 2= 9,52%<br>Exagéré. 4=19,04% | Aboli... 13=61,90%<br>Affaibli.. 1= 4,76%<br>Normal.. 2= 9,52%<br>Exagéré. 5=23,80% | Aboli.. 12=<br>Affaibli. 2=<br>Normal.. 3=<br>Exagéré. 4= |
| *c)* 11 | ANESTHÉSIES TYPIQUES..... | Abolie... 7=63,63%<br>Affaiblie. 2=18,18%<br>Normale.. 0=0<br>Exagérée. 2=18,18% | Aboli.... 9=81,81%<br>Affaibli... 1= 9,99%<br>Normal.. 0=0<br>Exagéré.. 1= 9,99% | Aboli.... 8=72,72%<br>Affaibli... 0=0<br>Normal... 1= 9,99%<br>Exagéré. 2=18,18% | Aboli.... 8=<br>Affaibli.. 1=<br>Normal.. 1=<br>Exagéré.. 1= |
| *Total :* 100 | HYSTÉRIE..... | Abolie..... 42<br>Affaiblie..... 27<br>Normale..... 8<br>Exagérée..... 23 | Aboli..... 73<br>Affaibli..... 6<br>Normal..... 5<br>Exagéré..... 16 | Aboli..... 63<br>Affaibli..... 7<br>Normal..... 9<br>Exagéré..... 19 | Aboli.....<br>Affaibli....<br>Normal....<br>Exagéré.... |

| LEXES<br>TENDINEUX | RÉFLEXE<br>ABDOMINAL | CLONISME | RÉFLEXE<br>PLANTAIRE<br>PROFOND | RÉFLEXE<br>de<br>BABINSKI | SIGNE<br>de<br>L'ÉVENTAIL |
|---|---|---|---|---|---|
| . 0 0<br>1 9,09%<br>. 2 18,18<br>. 8 . 72,72% | Aboli.... 2=18,18%<br>Affaibli... 2 18,18%<br>Normal.. 4=36,36%<br>Exagéré. 3 -27,27% | Pied..... 2 18,18%<br>Rotule... 1 - 9,09%<br>Poignet.. 0 0 | Aboli.... 1= 9,09%<br>Affaibli.. 2 18,18%<br>Normal... 3 27,27%<br>Exagéré.. 5 45,45% | VRAI Babinski, jamais — FAUX Babinski, fréquent. | 0 |
| ... 0..0<br>... 0 -0<br>.... 1 = 20%<br>... 4 80% | Aboli..... 0 0<br>Affaibli.... 1 -20%<br>Normal..... 2 40%<br>Exagéré.... 2 40% | Pied... .... 1 -20%<br>Rotule..... 1 -20%<br>Poignet ..... 0.. 0 | Aboli..... . 0- 0<br>Affaibli..... 0 -0<br>Normal..... 2 40%<br>Exagéré.... 3- 60% | | 1 |
| 1 = 1,92%<br>4 - 7,69%<br>2 3,86%<br>45 -86,53% | Aboli... 12 23,07%<br>Affaibli.. 7 13,46%<br>Normal. 23 44,23%<br>Exagéré. 10 19,23% | Pied..... 4 7,69%<br>Rotule.... 1 1,92%<br>Poignet... 0 0 | Aboli .. 3 - 5,79%<br>Affaibli. 12 23,07%<br>Normal.. 11 21,17%<br>Exagéré. 26 50% | | 2 |
| 2 9,52%<br>3 14,28%<br>. 1 4,76%<br>; 15 -71,42% | Aboli.... 7- 33,33%<br>Affaibli.. 2 9,52%<br>Normal... 8 38,09%<br>Exagéré.. 4 19,04% | Pied. . .. 2- 9,52 %<br>Rotule. .. 2=9,52%<br>Poignet... 0-0 | Aboli... 3=14,28%<br>Affaibli.. 2- 9,52%<br>Normal.. 5 23,80%<br>Exagéré. 11 52,38% | | 4 |
| . 1 = 9,99%<br>. 0 0<br>.. 3=27,27%<br>. 7- 63,63% | Aboli.... 3 27,27%<br>Affaibli.. 2 18,18%<br>Normal.. 5 45,45%<br>Exagéré . 1-= 9,99% | Pied..... 1--9,99%<br>Rotule.... 0 0<br>Poignet .. 0 0 | Aboli.... 3- 27,27%<br>Affaibli.. 0 0<br>Normal.. 3 27,27%<br>Exagéré . 5 45,45% | | 1 |
| | | | | 11 | 8 |
| ... ... 6<br>..... 8<br>.....  9<br>..... .. 79 | Aboli..... .. 24<br>Affaibli .. ..... 14<br>Normal. ..... 42<br>Exagéré..... 20 | Pied ..... 10<br>Rotule..... . . 3<br>Poignet..... 0 | Aboli .. . . . . 10<br>Affaibli .... . 16<br>Normal .. . 24<br>Exagéré.. .... .. 30 | | |

| NOMBRE de MALADES | DIAGNOSTIC | DEUX RÉFLEXES PLANTAIRES ABOLIS | CORTICAL SEUL ABOLI | MÉDULLAIRE SEUL ABOLI | ANESTHÉSIE et ABOLIT DEUX RÉFLEXES | [illegible] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hommes** | | | | | | |
| 11 | ACCÈS TYPIQUES.... | 5=45,45 % | 1=9,09 % | 0 | 2 | |
| 5 | PARALYSIES ET CONTRACTURES.... | 3 = 60 % | 0 | 0 | 2 | |
| **Femmes** | | | | | | |
| 52 | ACCÈS TYPIQUES.... | 31=59,61 % | 4=7,69 % | 0 | 15 | |
| 21 | PARALYSIES ET CONTRACTURES.... | 12=57,14 % | 1=4,76 % | 0 | 8 | |
| 11 | ANESTHÉSIES. | 8=72,72 % | 0 | 0 | 7 | |
| Totaux : 100 | | 59 | 6 | 0 | 34=57,62 % | |

Si l'on envisage tout d'abord les résultats généraux sans distinction de la forme morbide, on voit que le réflexe pharingien est aboli dans 75 pour 100 des cas et que les réflexes tendineux sont exagérés dans 73 pour 100.

L'abolition du réflexe pharyngien étant, ainsi que je l'ai dit plus haut, un phénomène aussi banal que l'exagération des réflexes tendineux, cette dernière manifestation constitue donc un signe au moins aussi précieux que la première pour établir le diagnostic de l'hystérie.

L'abolition de la sensibilité plantaire, observée dans 42 pour 100 des cas, me paraît beaucoup plus importante ; je ne sache pas qu'elle ait été signalée fréquemment dans les autres névroses. Elle constitue donc un signe important pour le diagnostic de la névrose hystérique.

L'abolition des réflexes plantaires cortical et médullaire est plus fréquente encore, puisque nous trouvons les proportions de 65 pour 100 et 59 pour 100. Nous avons vu combien ces réflexes sont constants à l'état normal ; nous savons que leur abolition, dans les cas de lésions organiques, dépend soit de la destruction des voies corticales (réflexe en flexion), soit de celle des voies médullaires. D'autre part, l'examen des réflexes

| SSIBILITÉ FORMALE et ABOLIT RÉFLEXES | ANESTHÉSIE et CONSERVATION RÉFLEXE | ABOLITION RÉFLEXE PLANTAIRE PROFOND et CONSERVATION DEUX AUTRES | ABOLITION DEUX RÉFLEXES et PLANTAIRE PROFOND | ABOLITION DEUX RÉFLEXES et AFFAIBLISSEM. PLANTAIRE PROFOND | ABOLITION DEUX RÉFLEXES et CONSERVATION PLANTAIRE PROFOND | ABOLITION DEUX RÉFLEXES et EXAGÉRÉ PLANTAIRE PROFOND |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 7 | 6 | 0 | 3 | 12 | 9 | 8 |
| 2 | 1 | 0 | 3 | 2 | 4 | 3 |
| 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 3 | 1 |
| =20,35 % | 8=13,56 % | 0 | 10=16,95 % | 16=28,81 % | 20=33,90 % | 13=22,03 % |

plantaires, dans les névroses autres que l'hystérie, prouve que leur abolition est rare : dans l'épilepsie on a signalé leur diminution ; leur abolition pendant et après les accès est passagère.

La fréquence très grande de l'abolition des deux réflexes plantaires constitue donc un phénomène tout à fait spécial dans l'hystérie. Ce phénomène est d'autant plus remarquable qu'il peut coïncider avec la conservation et l'exagération du réflexe plantaire profond ; nous voyons en effet que ce réflexe, aboli dans 10 pour 100 des cas et affaibli dans 16 pour 100, est normal dans 24 pour 100 et exagéré dans 50 pour 100.

Le réflexe abdominal présente des variations très inconstantes : le plus souvent il est normal (42 pour 100) ; il peut néanmoins être aboli (24 pour 100), exagéré (20 pour 100) ou affaibli (14 pour 100).

En ce qui concerne les réflexes pathologiques de Babinski, le tableau indique que si j'ai observé souvent le faux réflexe en extension, je n'ai jamais rencontré le *vrai* phénomène des orteils. Je dois donc croire, ainsi que je l'ai dit du reste depuis longtemps, que les auteurs qui l'ont signalé ont été victimes soit d'une erreur de diagnostic, soit d'une erreur d'observation.

J'ai au contraire noté *huit fois* le signe de l'éventail que

Chadzynski a également vu dans un cas d'hémiplégie hystérique[1]. Ces faits démontrent que l'abduction des orteils n'est pas une signification aussi précise que leur extension.

Le clonus du pied n'est pas très rare dans l'hystérie (10 pour 100) ; celui de la rotule est moins fréquent (5 pour 100) ; celui du poignet n'a pas été relevé dans mes cas.

Il est nécessaire de se demander si l'abolition de chacun des réflexes est indépendante ou bien si elle se produit de préférence simultanément. Le tableau ci-dessus nous renseignera à ce sujet.

L'abolition simultanée des deux réflexes plantaires (cortical et médullaire) existe donc dans 59 pour 100 des cas ; chaque fois que le réflexe du fascia lata était aboli, le réflexe en flexion l'était aussi (59) ; dans 6 cas, au contraire, il y avait abolition isolée du dernier.

Ce tableau nous renseigne aussi sur le rapport des réflexes avec la sensibilité.

Sur 59 pour 100 des cas où les deux réflexes étaient abolis, nous ne trouvons que 34 cas, soit 57,62 pour 100 où il y avait anesthésie. Ce fait prouve que l'anesthésie n'est pas une condition *sine quâ non* de la disparition des réflexes cutanés.

Nous voyons en outre que dans 12 cas, soit 20,35 pour 100, il y a eu abolition de ces réflexes sans altération de la sensibilité ; enfin dans 8 cas, soit 13,56 pour 100, il y a eu anesthésie avec conservation des réflexes, ce qui prouve que l'anesthésie peut exister sans altération des réflexes.

L'abolition du réflexe plantaire profond existe dans 16,95 pour 100 des 59 cas d'abolition simultanée des deux réflexes plantaires cortical et médullaire ; son affaiblissement, dans 28,81 pour 100, sa conservation dans 33,90 pour 100 et son exagération dans 22,08 pour 100. Tous les cas dans lesquels il y avait abolition du réflexe plantaire profond ont coïncidé avec l'abolition des deux autres réflexes (10 fois, soit 16,95 pour 100) ; mais souvent l'abolition de ces deux réflexes a coïncidé avec la conservation (20 cas, soit 33,90 pour 100) ou même l'exagération (13 cas, soit 22,03 pour 100) du réflexe plantaire profond.

Si maintenant nous établissons le pourcentage des phénomènes précédents, établi d'après la nature des manifestations observées, nous obtenons les résultats suivants :

1. — Chadzinski, *loc. cit.*, p. 107.

| | ACCÈS (63 cas). | PARALYSIES et CONTRACTURES (26 cas). | ANESTHESIES (11 cas). |
|---|---|---|---|
| ANESTHÉSIE PLANTAIRE | (20) 31,74 °/. | (16) 61,53 °/. | (7) 63,63 °/. |
| HYPERESTHÉSIE PLANTAIRE | (14) 22,22 °/. | (7) 26,92 °/. | (2) 18,18 °/. |
| RÉFLEXE PHARYNGIEN : | | | |
| Aboli | (47) 74.60 °/. | (17) 65,38 °/. | (9) 81,81 °/. |
| Exagéré | (10) 15,87 °/. | (5) 19,23 °/. | (1) 9,99 °/. |
| RÉFLEXE PLANTAIRE CORTICAL : | | | |
| Aboli | (41) 65,07 °/. | (16) 61,53 °/. | (8) 72,72 °/. |
| Exagéré | (11) 17,46 °/. | (6) 23,07 °/. | (2) 18,18 °/. |
| RÉFLEXE PLANTAIRE MÉDULLAIRE : | | | |
| Aboli | (36) 57,14 °/. | (15) 57,73 °/. | (8) 72,72 °/. |
| Exagéré | (11) 17,46 °/. | (5) 19,23 °/. | (1) 9,99 °/. |
| RÉFLEXES TENDINEUX : | | | |
| Abolis | (1) 1,58 °/. | (2) 7,69 °/. | (1) 9,99 °/. |
| Exagérés | (53) 84,12 °/. | (19) 73,07 °/. | (7) 63,63 °/. |
| RÉFLEXE ABDOMINAL : | | | |
| Aboli | (14) 22,22 °/. | (7) 26,92 °/. | (3) 27,27 °/. |
| Normal | (27) 42,85 °/. | (10) 38,46 °/. | (5) 45,45 °/. |
| Exagéré | (13) 20,63 °/. | (8) 30,76 °/. | (1) 9,99 °/. |
| CLON : | | | |
| Pied | (6) 9,52 °/. | (3) 11,53 °/. | (1) 9,99 °/. |
| Rotule | (2) 3,17 °/. | (3) 11,53 °/. | (0) 0 |
| Poignet | (0) 0 | (0) 0 | (0) 0 |
| RÉFLEXE PLANTAIRE PROFOND : | | | |
| Aboli | (4) 6,35 °/. | (3) 11,53 °/. | (3) 27,27 °/. |
| Exagéré | (31) 49,20 °/. | (14) 53,83 °/. | (5) 45,45 °/. |

L'anesthésie plantaire est donc la plus fréquente dans les formes avec anesthésies (63,63 pour 100) ; puis viennent les paralysies et contractures (61,53 pour 100), et enfin les accès (31,74 pour 100).

L'hypéresthésie plantaire se rencontre au contraire surtout dans les paralysies et contractures (26,92 pour 100) ; puis dans les accès (22,22 pour 100), et ensuite dans les anesthésies (18,18 pour 100).

L'abolition du réflexe pharyngien est la plus fréquente dans les anesthésies (81,81 pour 100) ; puis dans les accès (74,60 pour 100) ; enfin dans les paralysies et contractures (65,38 pour 100).

L'abolition du réflexe plantaire cortical s'est montrée surtout dans les anesthésies (72,72 pour 100) ; puis dans les accès (65,07 pour 100) ; en troisième lieu, dans les paralysies et contractures (61,53 pour 100) ; tandis que l'abolition du réflexe plantaire médullaire, également plus fréquente dans les anesthésies (72,72 pour 100), existe à peu près au même titre dans les paralysies et contractures (57,73 pour 100) et dans les accès (57,14 pour 100).

L'exagération des réflexes tendineux, très fréquente dans les accès (84,12 pour 100), est moins constante dans les paralysies et contractures (73,07 pour 100), moins encore dans les anesthésies (63,63 pour 100).

Le clonisme, surtout observé dans les paralysies et contractures (11,53 pour 100), n'a existé que dans 9,99 pour 100 dans les anesthésies, et dans 9,52 pour 100 des formes à accès.

L'abolition du réflexe plantaire profond, surtout marquée dans les anesthésies (27,27 pour 100), puis dans les paralysies et contractures (11,53 pour 100) ; s'est montrée au minimum dans les accès (11,53 pour 100) ; tandis que son exagération, fréquente dans les paralysies et contractures (53,83 pour 100), l'est un peu moins dans les accès (49,20 pour 100), moins encore dans les anesthésies (45,45 pour 100).

***

Ces recherches nous permettent d'énoncer les conclusions suivantes :

1° L'abolition du réflexe pharyngien est fréquente dans l'hys-

térie (73 pour 100) ; surtout marquée dans les formes accompagnées d'anesthésie (81,81 pour 100), elle se montre un peu moins souvent dans les formes à accès (74,60 pour 100), moins encore dans les paralysies et contractures (65,38 pour 100).

Ce phénomène se rencontrant dans un grand nombre d'autres affections et même à l'état normal, constitue un facteur banal qui ne suffit pas à établir le diagnostic d'hystérie ;

2° L'exagération des réflexes tendineux (79 pour 100), plus fréquente que l'abolition du réflexe pharyngien, constitue un signe au moins aussi précieux que ce dernier pour établir le diagnostic ; très fréquente dans les formes à accès (84,12 pour 100), elle est moins constante que dans les paralysies et contractures (73,07 pour 100), moins encore dans les anesthésies (63,63 pour 100). Son existence dans un grand nombre d'affections toxiques et infectieuses et même à l'état normal ne lui permet cependant pas d'avoir une valeur pathognomonique ;

3° L'abolition de la sensibilité plantaire est fréquente dans l'hystérie (42 pour 100) ; on la rencontre surtout dans les formes accompagnées d'anesthésies (63,63 pour 100) ; puis viennent les paralysies et contractures (61,53 pour 100), et enfin les accès (31,74 pour 100).

L'anesthésie plantaire, rare dans les autres névroses, constitue un symptôme digne de remarque ;

4° L'abolition simultanée du réflexe plantaire cortical ou réflexe en flexion et du réflexe plantaire médullaire ou réflexe du *fascia lata*, est très fréquente (59 pour 100) ; surtout marquée dans les formes avec anesthésie (72,72 pour 100), elle se rencontre à peu près aussi souvent dans les paralysies et contractures (53,73 pour 100) et dans les accès (57,14 pour 100).

Nous donnons à l'abolition simultanée de ces deux réflexes le nom de *phénomène plantaire combiné*.

Ces réflexes étant d'une constance remarquable à l'état normal, leur abolition présente une importance très grande dans le diagnostic de l'hystérie. Aussi, croyons-nous pouvoir considérer le phénomène plantaire combiné comme un signe spécial à l'hystérie ;

5° L'anesthésie plantaire n'est pas une condition *sine quâ non* à l'existence du phénomène plantaire combiné ; elle existe souvent (57,62 pour 100) en même temps que ce phénomène ; mais

ce dernier peut se montrer sans altération de la sensibilité (20,35 pour 100), de même que l'anesthésie plantaire peut exister sans altération des réflexes (13,56 pour 100) ;

6° Le réflexe plantaire profond est souvent exagéré dans l'hystérie (50 pour 100) ; quelquefois il est normal (24 pour 100), affaibli (16 pour 100), ou même aboli (10 pour 100). Ses modifications ne sont pas parallèles à celles des deux autres réflexes plantaires normaux : si, en effet, son abolition s'accompagne toujours de celle des deux autres, le phénomène plantaire combiné s'est montré assez souvent avec la conservation (33,90 pour 100) ou même avec l'exagération (22,03 pour 100) du réflexe plantaire profond ;

7° Le réflexe abdominal présente des variations inconstantes : le plus souvent normal (42 pour 100), il peut être aboli (24 pour 100), exagéré (20 pour 100) ou affaibli (14 pour 100) ;

8° Le clonus du pied n'est pas très rare dans l'hystérie (10 pour 100) ; celui de la rotule est moins fréquent (5 pour 100) ; celui du poignet n'a jamais existé dans nos cas. Surtout fréquent dans les formes acccompagnées de paralysies et de contractures (11,53 pour 100), le clonus du pied est un peu moins commun dans les anesthésies (9,99 pour 100) et dans les accès (9,52 pour 100) ; tandis que celui de la rotule, encore le plus fréquent dans les paralysies et contractures (21,53 pour 100), est assez rare dans les accès (3,17 pour 100) et nul dans les anesthésies ;

9° Nous n'avons jamais observé le *vrai* réflexe de Babinski, en extension dans nos cas typiques d'hystérie ; au contraire nous avons noté, dans huit cas, soit (8 pour 100), le signe de l'éventail. Nous croyons donc que ce dernier signe n'a pas une valeur clinique aussi importante que celle que l'on doit attribuer au réflexe des orteils en extension.

M. P. BONNIER, *de Paris*.

**Schéma bulbaire.** — Le bulbe est un lieu de capitalisations nucléaires importantes et complexes, couronnant la pile des métamères de la moelle ; c'est aussi un lieu de passage pour des fibres de toutes provenances et de toutes directions, intrinsèques et extrinsèques. Il est impossible de figurer, en les projetant sur un plan sagittal, noyaux et conducteurs d'une façon

quelque peu explicite et exacte à la fois, car cette projection rapprocherait forcément des centres éloignés transversalement. Je me suis donc borné à établir une sorte de carte du bulbe, où figurent, à peu près en leur place, les principaux centres administratifs de la vie organique, rappelant que la réaction de chacun de ces centres peut être provoquée par des irritations très éloignées, et que mon schéma ne peut servir de canevas que pour la notation des réactions et non pour celle des lésions.

J'ai souvent signalé[1] la facilité malheureuse avec laquelle nous sommes portés, en clinique et en physio-pathologie, à *confondre le phénomène bulbaire avec sa représentation corticale,* l'objet organique avec son image dans le champ de la conscience, notre interrogatoire s'adressant tout d'abord à la subjectivité du malade. C'est ainsi qu'on a souvent identifié, par exemple, le vertige, l'anxiété, la soif, l'oppression, avec la sensation vertigineuse, anxieuse... Or, il y a entre ces deux ordres de phénomènes toute la distance qui sépare le bulbe de l'écorce, l'objet de l'image, l'état physio-pathologique de son reflet cérébral ; et la distinction est d'autant plus importante que l'un des deux peut manquer. Tel état bulbaire pourra n'être pas perçu par le malade et ne se manifester que par des irradiations que le médecin devra interpréter ; de même, l'imagination corticale de cet état pourra se créer sans que celui-ci existe réellement.

D'autre part nous ne considérons vraiment pas assez le symptôme clinique comme la défaillance d'*un état fonctionnel positif*. Nous avons depuis longtemps des termes pour désigner la rupture d'un équilibre physiologique, nous n'en avons guère pour définir cet équilibre même. Les états physiologiques heureux n'ont pas d'histoire, ni de terminologie, bien que leur maintien soit assuré par des offices organiques d'une vigilance et d'une activité incessantes. Nous ne connaissons que l'envers, la variation négative d'une foule de fonctions fondamentales. Nous disons : « J'ai maintenant de l'oppression, mais tout à l'heure je n'avais *rien*. Rien, cela représente une respiration bien réglée et suffisante. Nous n'avons pas de mots qui caractérisent l'état de *non-oppression*, de *non-vertige*, de *non-anxiété*, de *non-soif*. On a écrit des volumes sur l'ataxie avant qu'il y eût

1. — *Vertige* (1893). — Les états physio-pathologiques et leur représentation cérébrale. *Société de Psychologie*, juin 1901, etc.)

une page sur la *taxie*, et c'est à peine si ce mot éveillerait une idée.

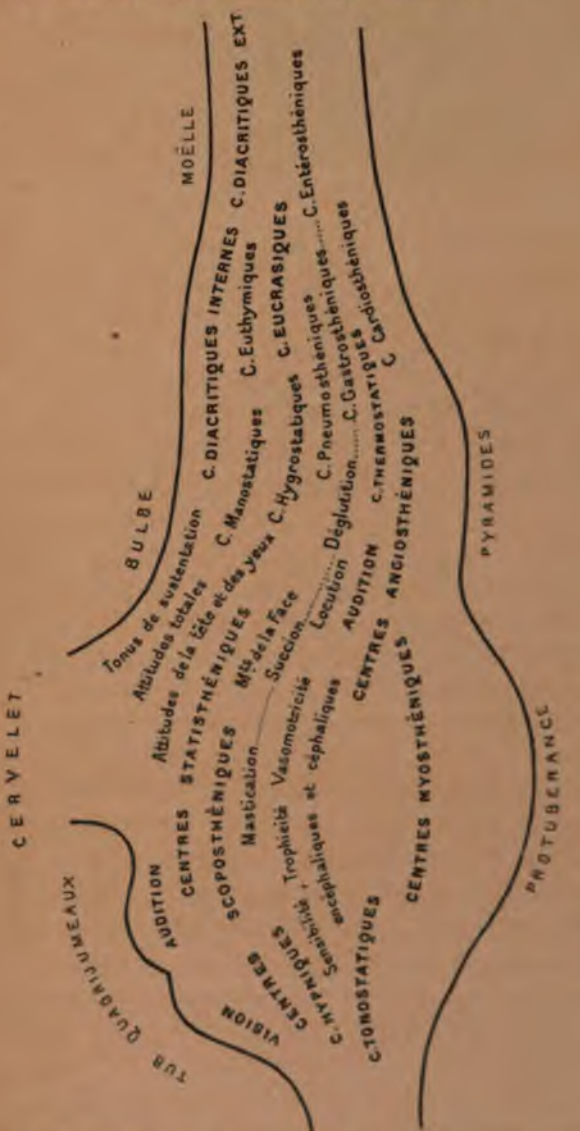
Il est absolument naturel que le trouble attire plus l'attention que l'équilibre monotone de la bonne santé : une bonne machine bien graissée ne fait guère de bruit, et aucun signal d'alarme n'éveille l'intervention consciente de nos centres supérieurs et volontaires. La verbalisation devait donc forcément s'emparer tout d'abord de ces ruptures d'équilibre physiologique, et aujourd'hui encore il semblera que le classement critique de nos grandes aptitudes biologiques n'a qu'un intérêt purement philosophique. Il importe cependant que la physio-pathologie nous permette de faire une meilleure physiologie ; il importe de fixer le langage par des idées et, réciproquement, de nous habituer à donner au symptôme la signification explicite d'une faillite fonctionnelle et à traduire en notation physiologique ce qui appartient encore au vieux langage clinique.

Un équilibre physiologique, dans un appareil donné, peut varier au moins dans deux sens, au-dessous et au-dessus d'un niveau normal, comme dans la rougeur et la pâleur, la tachycardie et la bradycardie, etc. Le migraineux, le goutteux disent : « Je me sens *trop bien*, je vais avoir ma crise. » Chez tel malade, les crises d'oppression alternent avec des paroxysmes d'alacrité respiratoire ; tel autre remplacera des crises de vertige et d'étourdissement par des crises de sûreté et de sécurité d'attitudes, et fera des prouesses d'équilibration ; celui-ci mêlera des crises d'anxiété à des périodes d'euthymie paroxystique ; des crises de soif intense ou d'anorexie absolue accompagneront des ictus bulbaires ; des crises d'insomnie et de vigilisme se succéderont, et ces oscillations parfois considérables ne sont pas rares dans les formes de folie bulbaire que nous apprenons à connaître. Il y a dans chaque appareil de régulation organique des crises qui rompent l'équilibre dans le sens positif ou dans le sens négatif, et de nombreuses déviations que le clinicien doit rechercher, bien que l'on ne se plaigne à lui que des variations pénibles. En réalité, le terme à fixer, le pivot physiologique de ces variations, c'est l'état d'équilibre fonctionnel.

Je me suis attaché, dans ce schéma, à fixer, provisoirement, des notions cliniques et pathologiques en notations physiologiques, et à ranger topographiquement celles-ci.

Les termes plus ou moins nouveaux sont les suivants :

Centres *scoposthéniques*, comprenant la série des noyaux des III, IV et VI^e paires, dont l'office est l'exercice du *regard*, avec l'accommodation à la lumière, à la distance, l'orientation des globes, les attitudes unioculaires et binoculaires.




Centres *statisthéniques*, avec l'appareil vestibulaire, régissant le tonus de sustentation, les attitudes de la tête, celles du corps

entier, celles de la tête et des yeux dans leurs associations ; ces centres du sens des attitudes céphaliques font partie d'un système physiologique et anatomique qui se complète par l'appareil des centres des attitudes des divers segments du corps, montant de la moelle.

Les centres *hypniques*, régulateurs de l'état de sommeil, et les centres *tonostatiques*, régulateurs de la tonicité générale et des réflexes, sont voisins des centres scoposthéniques.

Les centres *myosthéniques*, amas des noyaux pontiques, sont les centres de l'appropriation motrice, de la synergie musculaire appliquée ; leur pathologie offre des troubles tels que la myasthénie, la myoclonie, l'athétose, la chorée, l'ataxie, le tremblement, les convulsions de l'épilepsie, les contractures, etc.

Les centres *angiosthéniques* et *cardiosthéniques*, les centres *pneumosthéniques, gastrosthéniques, entérosthéniques*.

Les centres de la *vaso-motricité*, de la *thermicité*, de la *trophicité encéphaliques*, proches des mêmes centres de la région céphalique, nous fournissent les divers troubles tels que les aphasies, les amnésies, les absences, les régressions de personnalité qui accompagnent les auras bulbaires, les phénomènes migraineux si divers qui résultent des troubles encéphaliques dus aux perturbations des compteurs bulbaires, et une grande part de la pathologie mentale.

L'équilibre normal de pression intérieure opposée à la pression extérieure et à ses variations, l'équilibre du niveau d'hydratation et de température, sont réglés par les centres *manostatiques*, à connexions labyrinthiques, *thermostatiques* et *hygrostatiques*.

Les centres *eucrasiques* commandent les sécrétions internes qui, véhiculées et brassées par la circulation, règlent la trophicité de nos divers tissus, secondent leur activité fonctionnelle, assurant, par une action de mordant physiologique, l'alimentation et la purgation cellulaires, la casse et le séné servis par le torrent alimentaire. Leur pathologie, leur insuffisance créent les divers états diathésiques et les dyscrasies partielles ou générales.

Les nombreuses sensivités viscérales, organiques, dans l'état de santé, entretiennent un niveau de satisfaction physiologique qui, à l'état normal, n'attire pas l'attention de la conscience,

mais qui, lorsqu'il se perd, éveille les diverses affres localisées et généralisées que nous connaissons bien, affres hémorroïdale, vésicale, intestinale, péritonéale, néphrétique, hépathique, gastrique, cardiaque, pulmonaire, laryngée, anxiété paroxystique; affre généralisée ; affre du traumatisme, de la douleur, de la fatigue, de la nausée, du vertige, avec leurs autres irradiations bulbaires, et dont la susceptibilité engendre les phobies. Ce sont ces centres que j'appelle *euthymiques*.

Les centres *diacritiques internes* commandent les sécrétions muqueuses, séreuses, lymphatiques, etc. ; et les centres *diacritiques externes* président à l'élimination sudorale, urinaire.

L'étude des phénomènes bulbaires s'impose chaque jour davantage aux psychiatres, car, outre qu'ils s'associent fréquemment aux troubles mentaux proprement dits, il semble bien aussi qu'ils en soient souvent la cause première.

M. SICARD, *Médecin des Hôpitaux de Paris* et M. OBERTHUR, *Directeur de l'Établissement hydrothérapique d'Auteuil.*

**Malformations crâniennes et Syndrôme bulbaire. Enclavement du bulbe.** — Le malade qui fait l'objet de cette communication était un infantile avec malformation crânienne et aplatissement de la base du crâne, chez lequel se sont développés sous des influences multiples (troubles de nutrition, hypothyroïdisation, etc.) des phénomènes d'encéphalite chronique avec augmentation de la tension intracrânienne, entraînant une compression du bulbe et des nerfs bulbaires. De plus, on a trouvé chez lui une syringomyélie occupant une partie de la moelle cervicale et la portion supérieure de la moelle dorsale.

Peu de temps avant son entrée à l'hôpital il avait eu une angine probablement diphtérique à la suite de laquelle, sans doute par polynévrite, les phénomènes du côté des nerfs crâniens s'étaient singulièrement aggravés.

N'étaient quelques vertiges, quelques vomissements et des céphalées, on aurait pu porter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique avec troubles bulbaires. Le malade ne présentait d'ailleurs aucun trouble trophique ou sensitif faisant penser à la syringomyélie. Le malade mourut subitement quelques jours après son entrée.

Les particularités intéressantes à relever dans ce cas sont les suivantes :

1° La longue période pendant laquelle l'encéphale a pu s'adapter avec la malformation crânienne puis sous une influence toxique ou autotoxique réagir et provoquer par l'ydrocéphalie un véritable *étranglement bulbaire* dans une gouttière basilaire et un trou occipital mal formé ;

2° La polynévrite diphtéritique venant compliquer le tableau morbide ,

3° L'existence d'une syringomyélie absolument indépendante de l'hydrocéphalie dont la pathogénie peut s'expliquer soit par un vice de développement soit par une réaction spéciale de la névroglie dans un névraxe prédisposé ;

4° L'enclavement du bulbe ayant causé la mort subite, ses rapports avec l'engagement du cervelet et son mécanisme un peu spécial.

M. Lucien PICQUÉ, *Chirurgien des Hôpitaux de Paris.*

**De quelques considérations sur les Psychoses puerpérales.** — Bien des obscurités existent encore dans la question des psychoses puerpérales ; si l'on veut spécialement aboutir à des résultats précis au point de vue de la pathogénie, il faut renoncer à grouper ensemble toutes les variétés de psychoses puerpérales comme les auteurs ont tendance à le faire conformément à la conception de Monneret sur la période puerpérale.

Si donc on envisage à part les psychoses post-partum on est amené à constater qu'il existe, dans ce groupe, la même confusion que dans les psychoses post opératoires.

Lorsqu'on a distrait les délires tenant à des infections médicales concomitantes et les délires par intoxication, on se trouve en présence de deux variétés de délire post-partum vrai, le délire fébrile et le délire apyrétique qui doit encore faire l'objet d'une étude spéciale.

Massé, jadis, dans une étude classique, n'avait pas reconnu sa véritable nature, car il pensait que le délire lui-même était susceptible de provoquer de la température.

Aujourd'hui sa nature infectieuse est parfaitement établie depuis les travaux de Clarke.

L'anatomie pathologique et la symptômatologie le démontrent surabondamment. Elle répond à une septicémie puerpérale délirante comme les psychoses post-opératoires fébriles répondent à une septicémie chirurgicale à forme délirante. Dans les deux, l'état infectieux grave constitue en réalité la vraie maladie.

Le délire n'est qu'un élément secondaire et surajouté qui ne peut se produire d'ailleurs que grâce à une prédisposition délirante (dégénérescence mentale).

Le point de départ de l'infection est naturellement l'utérus. Depuis longtemps, M. Picqué avait organisé, avec son regretté collègue Febvré, l'examen systématique des organes génitaux de la femme à l'Asile de Ville-Evrard.

A Moscou, à la clinique de Psychiatrie, une sage-femme est chargée de ce soin. Il est regrettable que cette pratique soit si peu généralisée en France.

Dans une thèse récente soutenue en province et basée sur dix cas de psychoses puerpérales avec accidents infectieux, aucun examen utérin n'a été pratiqué.

Et cependant les statistiques prouvent la gravité exceptionnelle de cette forme.

Statistique de Garcia Rijo : 7 morts sur 8.

Statistique Lallier : 19 morts sur 38.

Les statistiques heureuses sont donc basées sur des séries exceptionnelles.

Par l'intervention, M. Picqué a obtenu 4 guérisons sur 4 (voir thèse Privat).

L'utérus n'est pas toujours le siège exclusif de l'infection ; il existe parfois des foyers secondaires : articulation tibio-tarsienne (Picqué) ; reins (Evrot) ; oreille (Idanoff) ; méninge (Picqué).

L'étude des psychoses puerpérales fébriles est en résumé intéressante au point de vue thérapeutique et social. Les malades qui en sont atteints ne sont pas des aliénés. Sans vouloir trancher la question de savoir s'il convient d'ouvrir des services spéciaux de délirants dans les hôpitaux ou de créer des services d'observation dans les Asiles, il est incontestable que les mala-

des ne doivent venir à l'Asile que si elles peuvent, comme dans les Asiles de la Seine, trouver des ressources chirurgicales.

L'expérience du pavillon de chirurgie prouve qu'elles peuvent y guérir à la fois de l'infection et du délire qui l'accompagne.

M. Ch. MIRALLIÉ, *Professeur à l'École de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Nantes.*

**Délire de possession par les reptiles, délire de grossesse et entéro-colite muco-membraneuse.** — Depuis quelques années, la psychiatrie tend de plus en plus à ne plus limiter ses recherches à l'organe seul de la pensée et à le considérer comme isolé et indépendant du reste de l'organisme ; de plus en plus elle étudie les délires dans leurs rapports avec les affections viscérales et s'efforce de pénétrer davantage comment les troubles organiques retentissent sur la mentalité. C'est dans cet esprit que nous publions nos trois observations.

Observation I. — *Délire de possession par les reptiles. Entéro-colite muco-membraneuse.* — Mme X., âgée de 53 ans, vient nous consulter en avril 1900. Veuve depuis de longues années, mère de famille (4 enfants), ayant passé la ménopause depuis cinq à six ans, elle eut des relations avec un amoureux (mai 1899) et dans les premiers jours de décembre 1899 elle perçut dans l'abdomen des sensations qui lui rappelèrent ses grossesses anciennes et se crût enceinte. Elle attendit, en préparant la layette, sa délivrance, sans s'étonner que le ventre ne grossissait pas. Arrivée au terme présumé de la grossesse, l'accouchement ne se faisant pas, elle attendit encore, puis finit par s'inquiéter. Puisqu'elle n'était pas enceinte, que pouvait-elle donc avoir ainsi dans le ventre ? Elle se rappela alors que dans sa jeunesse on lui avait raconté qu'une femme du petit village de Vendée qu'elle habite avait accouché d'un crocodile.

Immédiatement l'idée lui vint qu'elle aussi portait un crocodile dans le ventre et qu'elle était enceinte d'un crocodile qui lui avait été introduit par le coït. Elle sent son crocodile se promener partout dans son corps : il se tient d'ordinaire dans le ventre où il manifeste sa présence par des douleurs, des torsions, des piqûres, mais parfois il remonte à l'estomac, dans le dos, les épaules et la racine des bras, ou descend vers les fesses. Il n'existe pour la malade qu'un seul moyen de l'apaiser et de le faire rester tranquille : c'est de lui donner à manger. Chaque fois que la malade mange, le crocodile dévore les aliments et se calme ; à peine a-t-il fini de manger qu'il recommence à la torturer ; aussi pour obtenir du repos mange-t-elle à chaque instant.

Pour elle, l'existence de ce crocodile ne saurait être mise en doute.

Elle a reconnu dans ses fèces les excréments rendus par le crocodile ! Les matières qui, d'après la malade sont rendues par elle-même, sont constituées par des boules dures, arrondies, très petites (scybales) ; les déjections du crocodile sont constituées par des glaires abondantes, tantôt recouvrant les matières de la malade, tantôt isolées ; parfois aussi il rend de grandes peaux, des morceaux de viande mal digérés que la malade reconnait avoir ingérés.

Elle ne prononce jamais le mot de crocodile, qu'elle ne nous a dit qu'une seule fois. En en parlant, elle dit toujours « lui ». Prononcer le mot de crocodile la jette dans un véritable état d'anxiété et d'effroi.

Il existe chez cette malade, petite et amaigrie, une entéro-colite muco-membraneuse intense, comme nous l'a montré l'examen de ses matières, avec glaires et fausses membranes extrêmement abondantes ; il existe aussi de l'hyperchlorhydrie. A l'examen, le ventre est plat ; l'S iliaque, le colon transverse sont spasmodiques et donnent la sensation de cordes roulant sous le doigt ; le cœcum est dilaté et mou. Il existe un glouglou intestinal extrêmement prononcé. Le rein droit est ptosé.

La malade présente tous les stigmates de l'hystérie : boule, zones hystérogènes sus et sous mammaires et ovariennes, rétrécissement du champ visuel, hypoesthésie droite.

Nous essayons de faire comprendre à la malade la situation ; en vain ; nous semblons alors entrer dans son délire et lui prescrivons un traitement contre l'entéro-colite, en le déclarant dirigé contre le crocodile.

Un mois après, la malade nous revient très améliorée. Les glaires ont diminué, les fausses membranes presque disparu ; les douleurs sont aussi très atténuées, elles sont plus localisées à l'abdomen, et les irradiations sont moins fréquentes et moins douloureuses. La malade est convaincue que son crocodile est sérieusement blessé, mais il n'est encore pas mort.

Avec une nouvelle poussée aiguë de l'entéro-colite, la malade se désespère « le crocodile la travaille davantage ; quand les aliments ne lui plaisent pas, il se retourne comme un hérisson, elle sent ses piquants qui remontent dans la poitrine (œsophage), vers l'aisselle droite ; parfois il court dans les jambes ».

Un traitement et un régime sévère améliorent momentanément la situation ; mais devant la persistance des symptômes de l'entéro-colite, la malade désespère d'arriver à se débarrasser de son crocodile et depuis 18 mois nous ne l'avons plus revue.

Observation II. — *Délire de grossesse entéro-colite muco-membraneuse.* — Madame A..., 57 ans, ménopause depuis 6 ans, mère de 2 enfants, a déjà eu plusieurs crises de neurasthénie (?) avec scrupules religieux, toujours méticuleuse et préoccupée de tout.

Prolapsus complet de l'utérus, prolapsus de la vessie. Elle se croit enceinte des œuvres d'un confrère qu'elle a consulté au cours d'un

voyage, bien qu'elle affirme spontanément qu'il ne s'est livré sur elle à aucune tentative et qu'elle ne comprend pas comment cela s'est fait. Elle croit que son ventre se développe, que sa ceinture augmente de circonférence ; or, elle porte toujours les mêmes vêtements. Elle sent des battements aux creux épigastrique, des gargouillements dans le ventre, des mouvements actifs du fœtus.

A l'épigastre on sent très nettement les battements du tronc cœliaque et la pression est douloureuse ; le cœcum est dilaté, la corde colique est nette. Il existe de l'entéro-colite muco-membraneuse légère (scybales, glaires, pseudo membranes rares et petites).

Pas d'antécédents névropathiques personnels ni héréditaires.

Observation III. — *Délire de grossesse-entéro-colite muqueuse.* — Madame B..., 47 ans. Mariée à 39 ans. Pas d'enfants. Toujours bien portante ; aucune affection nerveuse. Un oncle aliéné.

Au moment de la ménopause, il y a 18 mois, se croit enceinte ; elle craint d'avoir étouffé son enfant, puisqu'il n'est pas encore né, elle craint pour ce crime d'être envoyée aux galères. Elle sent dans son ventre quelque chose qui remue, pas constamment, mais par moments. Les matières sont dures, souvent glaireuses, mais jamais on n'a remarqué de pseudo-membranes. Elle aurait rendu des vers intestinaux.

Le cœcum est dur, ainsi que l'angle droit du colon ; la pression en ces points est douloureuse. C'est du reste de ce côté qu'elle sent bouger son enfant.

Notre observation I nous avait beaucoup frappé. L'existence d'une entéro-colite muco-membraneuse grave était indéniable, et manifestement l'intensité du délire suivait parallèlement les recrudescences et les accalmies de la maladie. Chez nos deux autres malades nous voyons l'idée délirante de grossesse associée à l'entéro-colite muco-membraneuse. Intrigué par ces faits nous avons fait quelques recherches dans la littérature. Bechterew[1] dans un très intéressant mémoire sur le délire de possession par les reptiles, admet comme cause de ces délires des sensations anormales localisées à la région de l'estomac et de l'épigastre, sensations qui, avec l'aide de l'imagination, dégénèrent en sensations de serpents, de grenouilles, de têtards et peuvent s'accompagner d'hallucinations auditives correspondantes (sifflement du serpent, coassement de la grenouille, de têtards).

MM. Dupré et L. Lévi[2] ont publié une très importante observation. Le malade présente une association de symptômes que

1. — Bechterew : Centralblatt fur Nervenherlkunde 1900.

2. — Dupré et L. Lévy : Société de Neurologie, séance du 2 juillet 1903. (In *Revue Neurologique*, 1903, p. 918.)

l'on peut grouper dans l'énumération suivante : débilité mentale dégénérative, hystérie, tabes avec ataxie ; alcoolisme léger ; gastrite chronique avec dilatation et intolérance de l'estomac ; aérophagie ; entéro-colite glaireuse ; délire hypocondriaque à forme de zoopathie interne. Suivant les auteurs, l'ordre de succession des états morbides serait le suivant : atteint de débilité mentale congénitale, le sujet a offert les signes précoces des névroses hystérique et neurasthénique. Les vices du régime alimentaire, un certain degré d'alcoolisme ont engendré ensuite l'affection gastrique. C'est alors qu'apparait le délire hypocondriaque ; la riche série des sensations neurasthéniques, avec leurs variétés de siège et de caractère, doublés des malaises d'origine gastrique ont alors alimenté les préoccupations hypocondriaques du malade, qui s'expliquait tous ses malaises par les différents déplacements et mouvements de l'animal parasite.

Pendant longtemps les troubles digestifs surtout ont fait les frais de ce délire hypocondriaque, qui plus tard s'est enrichi de symptômes de la série tabétique. — Le siège intestinal, la nature hydroaérique des mouvements anormalement perçus par la sphère sensitive organique hypéresthésiée, apportent à la conscience viscérale des sensations de reptation et d'humidité qui se traduisent dans la sphère psychique en vagues représentations de reptiles en mouvement. Ainsi s'explique le caractère reptilien spécifique de ces délires hypocondriaques de possession à point de départ abdominal.

Pourrat, dans une thèse récente (Paris, 10 mai 1904) insiste sur « le rapport qu'ont les idées délirantes de grossesse avec les troubles de la cénesthésie, c'est-à-dire avec les hallucinations de la sensibilité générale. Pour qu'une malade conçoive l'idée absurde d'une grossesse imaginaire, il faut que sa croyance repose sur des faits manifestement faux, il est vrai, mais réellement existants. Il faut qu'elle éprouve quelque sensation bizarre anormale, dans le bas ventre ». Mais il ne recherche pas quel peut être le point de départ de ces sensations réelles faussement interprétées, quel organe a pu leur donner naissance ; et ses observations sont muettes à cet égard.

Les observations que nous apportons confirment de tous points l'idée que nous avions eue dès le début, que nous avons trouvée si justement exprimée par Bechterew, Dupré, Lévi et

Pourrat, que les délires de possession zoopathiques ont leur point de départ dans des sensations anormales abdominales. Nous ajouterons, en nous basant sur nos deux dernières observations que le délire de grossesse peut dans certains cas reconnaître la même origine.

Bien entendu nous ne voulons pas dire que tout délire de possession par les reptiles ou de grossesse présentera cette association avec un trouble gastro-intestinal, et qu'il faudra chercher la cause de ces délires dans l'entéro-colite muco-membraneuse ou une gastropathie. Le petit nombre de nos observations ne nous permet pas une pareille généralisation. Toute affection abdominale (utérine, annexielle, etc.) pourrait probablement donner naissance aux mêmes idées délirantes. Nous admettons seulement que, dans un certain nombre de cas, les délires de possession et de grossesse prennent leur origine dans une entéro-colite muco-membraneuse ou une gastropathie préexistante.

Si nous nous en rapportons à ce que nous avons observé, c'est plus encore à l'entéro-colite muqueuse qu'à la gastropathie que nous ferions jouer le principal rôle, tout en reconnaissant combien il est difficile de faire le départ de ce qui relève de chacune des deux affections.

Évidemment il faut de toute nécessité, pour que le délire se développe et évolue, un terrain spécial, hystérique (Bechterew) ou héréditairement taré au point de vue nerveux, débilité mentale (Dupré et Lévi). L'entéro-colite muco-membraneuse, les gastropathies sont des affections banales par leur fréquence et, sur les très nombreux cas qu'il nous a été donné d'observer, trois fois seulement nous avons vu apparaître des idées délirantes : deux fois il s'agissait de délire de grossesse, une fois de délire de zoopathie interne.

Donc, sur un terrain prédisposé, l'entéro-colite muco-membraneuse[1], les gastropathies par leurs phénomènes multiples, par leurs retentissements nerveux variés deviennent le point de départ d'idées délirantes qui, suivant des circonstances acces-

1. — Rappelons que pour un certain nombre d'auteurs (Leyden, Varmi, Nothnagel, Lyon) l'entéro-colite muco-membraneuse ne serait qu'une névrose sécrétoire et motrice de l'instestin, dont le point de départ serait dans une irritation du sympathique. Cette origine nerveuse de l'entéro-colite muco-membraneuse expliquerait l'explosion facile d'idées délirantes chez les prédisposés.

soires, se traduiront par le délire de possession par les reptiles ou par le délire de grossesse.

Ces délires ne sont que des interprétations délirantes de phénomènes subjectifs réels dus eux-mêmes à l'entéro-colite muco-membraneuse ou à la gastropathie.

Dans notre observation I il est intéressant de relever le parallélisme complet des symptômes de l'entéro-colite avec les idées délirantes. Quand l'entéro-colite s'apaise, les idées délirantes persistent, mais atténuées, le crocodile existe toujours, mais il est blessé. Dès que l'entéro-colite s'exacerbe, le délire reprend toute son acuité. On peut se demander si un traitement dirigé dès le début contre l'entéro-colite, partant ayant plus de chances de succès, n'aurait pas empêché l'évolution de ce délire, et si la guérison de l'entéro-colite n'aurait pas entraîné à sa suite la guérison du délire.

Nous voulons encore attirer l'attention sur les relations qui peuvent exister entre le délire de grossesse et le délire de possession par les reptiles. Notre première malade s'est crue d'abord enceinte (délire de grossesse); ce n'est que plus tard, voyant que l'accouchement ne se faisait pas, et en se rappelant l'histoire de cette paysanne qui aurait accouché d'un crocodile, qu'elle est entrée dans le délire de possession par les reptiles. Si cette histoire ancienne ne lui était revenue à l'esprit, il est probable ou tout au moins possible que ce délire de possession n'aurait pas évolué. Témoins nos deux autres malades qui n'avaient pas une pareille histoire dans la mémoire. Bien certainement le délire de possession peut évoluer sans délire de grossesse préalable (cas de Bechterew, Dupré et Lévi), mais tous deux peuvent avoir la même origine et parfois se succéder l'un l'autre.

M. Maurice PAGE, *Médecin de l'Établissement hydrothérapique de Bellevue, près Paris (Seine-et-Oise).*

**De la douleur épigastrique suraiguë dans la neurasthénie.** — Nous possédons — mais nous ne pouvons pas les présenter au Congrès à cause de leur longueur — cinq observations de neurasthéniques chez lesquels le symptôme dominant tenant presque toute la scène clinique est une douleur épigastrique absolument caractéristique.

Nous ne sommes pas les premiers à avoir étudié ce symptôme, mais il nous a paru tellement net chez nos malades, que nous croyons devoir insister sur son étude. La douleur dont nous parlons n'est pas constante ; elle procède par crises revenant à des intervalles très variables (par exemple tous les 8 jours ou tous les 25 jours) et durant une dizaine d'heures ou plus, suivant les moyens employés pour la calmer. En dehors de la crise, le malade ne souffre pas, pas du tout. La crise peut être amenée aussi bien par des causes morales que par des causes physiques : dispute, contrariété ou excès de nourriture, règles, etc.

Voici comment évolue généralement une de ces crises douloureuses :

Le malade se sent d'abord pendant un certain temps (une heure ou quatre et cinq heures), mal en train, agacé, il déclare qu'il va avoir sa crise. Puis la douleur commence, le plus souvent (quatre fois sur cinq), en un point dorsal constant, situé sur la colonne vertébrale au niveau de la 8me dorsale ; c'est comme un déchirement, un tenaillement ; puis un autre point devient douloureux en avant, au creux épigastrique à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde ; enfin, le malade se sent bientôt traversé comme par une épée, par une douleur terrible, atroce, qui lui arrache des cris ; le malade se roule en poussant des cris, son visage est ruisselant de sueur, angoissé, il exprime une souffrance inouïe. Si c'est quelque temps après avoir mangé, le plus souvent il y a un vomissement alimentaire, mais ce n'est pas fatal. Le pouls bat entre 90 et 100 ; aucune température.

Cependant le malade réclame à grands cris du soulagement, on donne de l'eau chloroformée, de l'éther ; tout est restitué. On fait des pulvérisations sur l'estomac, on applique de la glace, des compresses chaudes, rien n'y fait. Le malade souffre toujours de façon inouïe et cela dure pendant une ou plusieurs heures (une de nos malades a souffert ainsi pendant dix-sept heures), jusqu'à ce qu'un des nombreux moyens employés réussisse ou que la douleur cesse d'elle-même.

Aussitôt après, le malade n'est pas aussi fatigué qu'on pourrait le supposer après de telles souffrances ; si c'est la nuit, et c'est le plus souvent la nuit, après quelque temps, le malade

s'endort et le lendemain recommence ses occupations jusqu'à une nouvelle crise.

La première idée qui vient en présence de ce symptôme est naturellement celle de la colique hépatique, mais il n'y a pas d'ictère, pas de gros foie, pas de calcul; puis celle de l'ulcus simplex, mais chez nos malades il y a peu ou pas de troubles gastriques, ils digèrent bien, leurs selles sont le plus souvent régulières, il y a bien quelquefois un vomissement alimentaire ou bilieux, mais ce n'est pas la règle et, en tous cas, il n'y a ni hématémèse, ni mélaena. En dehors de la crise, la région stomacale est souple, indolore. C'est que ni l'estomac ni le foie ne sont malades ; l'intestin peut l'être, mais d'entérite muco-membraneuse, si commune dans la neurasthénie. Le système nerveux par contre est très touché. En effet, en interrogeant ces malades nous apprenons que leur hérédité est chargée ; qu'ils ont une céphalée habituelle, le plus souvent matinale, qu'ils sont las, fatigués rapidement; que leur volonté est défaillante, qu'ils sont bizarres, et de fait les cinq malades dont je parle, ont été étiquetés par des confrères : neurasthéniques.

Pour expliquer la pathogénie de ce symptôme, nous allons faire une courte incursion dans le domaine de l'hypothèse et de la théorie, mais pour en sortir bientôt. Qu'est-ce que la neurasthénie ? Pour nous, c'est une névrose qui atteint la totalité du système nerveux et principalement les nerfs vaso-moteurs ; le système nerveux sympathique. Or, que peut être la douleur paroxystique dont nous parlons ? Nous avons admis, l'anatomie et la physiologie nous y invitent, que c'est une névralgie du plexus solaire. Mais pourquoi la douleur choisit-elle ce lieu d'élection ? Probablement parce que soit le plexus solaire, soit ses branches, sont irrités par une maladie quelconque siégeant dans leur territoire.

C'est pourquoi, systématiquement, nous avons examiné tous les organes innervés par des branches du plexus cœliaque et nous avons vu ceci : sur ces cinq neurasthéniques, un seul n'avait aucune lésion organique dans le territoire de son solaire ; chez les quatre autres, nous avons trouvé les lésions suivantes : métrite avec lésions annexielles, anteversion utérine, rein flottant, dilatation stomacale avec abaissement du foie. Dans une dernière Observation, nous avons examiné tous les

organes, tous les appareils ; rien n'était atteint de façon perceptible à nos moyens d'investigation.

Et alors, tout en appliquant le traitement général à tous les neurasthéniques : isolement, électrothérapie, massage, hydrothérapie, psychothérapie, etc., nous avons fait tous nos efforts pour enlever rapidement l'épine qui blessait, croyons-nous, le système solaire. Et comme en font foi nos Observations, nous avons réussi ainsi à guérir nos malades.

Conclusion. — De cette rapide étude nous croyons pouvoir tirer l'enseignement suivant :

1° On trouve chez des malades présentant tous les signes physiques et mentaux de la neurasthénie, des crises de douleur suraiguë, siégeant en deux points constants : l'un xiphoïdien, l'autre vertébral. Cette douleur est excessive, elle arrache des cris aux malades ; elle est accompagnée ou non de vomissement. Nous croyons pouvoir en faire une névralgie du plexus solaire ;

2° En présence d'un tel syndrôme il importe d'examiner tous les organes innervés par le plexus solaire et en particulier les organes génitaux, car une maladie d'un territoire quelconque du solaire (métrite, rein flottant, anteversion utérine) peut être la cause du syndrôme. En effet, en guérissant ces affections satellites, nous avons supprimé radicalement les crises de douleur épigastrique suraigüe. Il existe cependant les cas où on ne trouve aucune lésion pouvant retentir sur le plexus solaire et où une névrose seule de ce plexus explique le syndrôme névralgique ;

3° Contre les crises douloureuses que nous venons de décrire le traitement général de la neurasthénie étant institué et les affections collatérales soignées s'il y a lieu, le seul remède qui nous ait donné des résultats satisfaisants est la faradisation quotidienne, loco dolenti, avec bobine à gros fil et faible intensité, continuée pendant un mois.

DEUXIÈME PARTIE

# COMPTES-RENDUS

DES

## RÉCEPTIONS, FÊTES ET EXCURSIONS DU CONGRÈS

# COMPTES-RENDUS

DES

# RÉCEPTIONS, FÊTES ET EXCURSIONS

## DU CONGRÈS

---

### Visite du Château de Pau.

La visite du Château Henri IV est classique, obligatoire pour tout étranger débarqué à Pau.

Inscrite au programme de la première journée, elle suivit immédiatement la séance d'ouverture.

M. Pépin, Conservateur du Château, qui fort obligeamment avait interrompu sa villégiature de Biarritz pour en faire les honneurs aux Congressistes, se mit à la tête des visiteurs, citant les souvenirs historiques et renseignant sur le mobilier d'art et les célèbres tapisseries des Flandres, des Gobelins, de Beauvais, etc., réparties dans les diverses salles du Château.

Même les parties réservées, où n'accède pas d'habitude le public, s'ouvrirent devant les Congressistes. Les plus jeunes ou les plus entreprenants qui ne crurent pas devoir reculer devant l'ascension des hautes tours et le soleil fulgurant de midi qui les attendait au sommet, purent en rapporter la vision d'un des plus beaux panoramas qui existent.

---

## Réception par M. Faisans, Maire de Pau, et Mme Faisans.

(SOIRÉE DU 1er AOUT)

M. et Mme Faisans, dont M. le Professeur Brissaud rappelait le matin même les attaches avec la famille médicale, et depuis longtemps en relations affectueuses avec le Président du Congrès, avaient eu à cœur de recevoir personnellement le Congrès et d'imprimer à cette soirée le charme de la plus franche intimité.

Dès 9 h. du soir, Congressistes et nombreux invités palois affluaient sur les terrasses du Palais d'Hiver au haut desquelles M. et Mme Faisans les accueillaient avec une bonne grâce toute particulière.

Pas de discours, pas même des toasts, mais en revanche beaucoup d'animation et de gaieté autour des petites tables servies à souhait de champagne, de rafraichissements, de pâtisseries, etc.

Un groupe gracieux de jeunes filles dirigées par Mlle Faisans distribuait des fleurs.

La *Lyre Paloise* et la Musique militaire, installées sur les terrasses inférieures, se faisaient entendre tour à tour, pendant que M. Falisse projetait sur un grand écran, bien en vue, les sites les plus pittoresques des Pyrénées.

Soirée exquise que ne pût gâter une légère averse, malencontreuse en général pour un garden-party et qui, grâce à l'immense visière de verre qui déborde de la toiture du Palais d'Hiver, eut au contraire pour heureux résultat de rafraichir une atmosphère un peu lourde.

Malgré les fatigues de la journée, la soirée se prolongea assez tard, laissant à tous le meilleur souvenir de l'hospitalité béarnaise.

## Banquet par Souscription.

(SOIRÉE DU 2 AOUT)

A huit heures du soir eut lieu le Banquet par souscription. La table, ornée de fleurs, était dressée sous le plafond lumineux de la Salle des Fêtes du Palais d'Hiver.

Les dames y avaient été gracieusement invitées par décision enthousiaste du Congrès.

Le menu, signé Clair, portait :

CRÈME PRINCESSE
CONSOMMÉ LOUIS-LE-GRAND
SAUMON FROID HUSSARDE
POULARDES DU MANS ARGENTEUIL
BARON D'AGNEAU, PETITS POIS FRANÇAISE
FILET DE BŒUF AU CRESSON
SALADE ROMAINE
ESCALOPES DE LANGOUSTES A LA NÉVA
HARICOTS VERTS AU BEURRE
PARFAIT AUX FRAISES
FROMAGE — FRUITS

VINS BLANC ET ROUGE EN CARAFES
GRAVES SUPÉRIEUR — SAINT-ÉMILION — BEAUNE
SAINT-MARCEAUX FRAPPÉ
CAFÉ — LIQUEURS

Au dessert, M. le Président Brissaud se lève et, en un toast plein d'humour et de mots aimables, rappelle les chers souvenirs du si brillant et inimitable Congrès de Bruxelles, salue ceux qui firent son succès, les rapporteurs du Congrès de Pau dont il loue les remarquables travaux, les organisateurs de cette XIVe Session et lève son verre aux dames, à tous les Congressistes et aux autorités du Département et de la Ville qui ont fait au Congrès un si large accueil.

Ce toast et ceux de MM. Régis et l'Inspecteur général Drouineau, qui traduisent la joie unanime d'avoir M. Brissaud à la tête de ce Congrès, sont suivis de bans répétés.

M. Crocq, délégué du Gouvernement belge, prononce à son tour les paroles suivantes :

MESSIEURS,

Le Gouvernement belge a, comme vous le savez, soutenu, moralement et aussi matériellement, le Congrès de Bruxelles.

Il vous a ainsi prouvé combien il s'intéresse au progrès des sciences et combien il désire voir s'affirmer l'union des écoles française et belge.

Afin de vous montrer qu'il désire vous suivre dans votre évolution, le Gouvernement a nommé, cette année, un délégué officiel. J'ai l'honneur d'être désigné pour remplir cette mission et je crois pouvoir, en cette qualité, vous réitérer l'assurance de l'intérêt tout particulier que la Belgique vous porte et vous exprimer les vœux que formule le Gouvernement pour votre succès.

Je suis un assidu de vos Congrès ; chaque année, je me retrempe au sein de la grande famille neuro-psychiatrique française ; chaque année, l'admiration que j'éprouve pour vos travaux grandit ; chaque année aussi, j'ai le grand plaisir de sentir se resserrer les liens d'amitié qui m'unissent à vous.

Désireux de voir partager par mes compatriotes les satisfactions scientifiques et cordiales que me procure la fréquentation de vos sessions, je vous ai proposé Bruxelles comme lieu de réunion et vous avez bien voulu me faire l'honneur de me confier l'organisation de l'Assemblée de 1903. Je suis parvenu à attirer la participation de 150 de mes compatriotes ; j'espérais que, fascinés comme moi par la luminosité de la science française qui, ainsi que les rayons X, N ou N', traverse des écrans des plus opaques, un grand nombre d'entre eux s'empresseraient de saisir l'occasion, que vous leur fournissiez si généreusement, de s'introduire parmi vous, d'acquérir, chez vous, droit de cité.

J'ai le regret de constater que deux belges seulement sont ici et que ces deux belges sont d'anciens collaborateurs, depuis longtemps naturalisés Congressistes.

Malgré cette circonstance, que je déplore amèrement, la session de Bruxelles ne peut manquer de porter ses fruits ; l'impression que vous avez laissée en Belgique est trop intense pour pouvoir s'effacer ; la graine que vous y avez semée est trop vivante pour ne pas germer. Cette germination n'est pas terminée, elle s'accentuera de jour en jour; des recherches trouveront leur origine dans vos travaux et j'ai le ferme espoir que, dans l'avenir, lorsque les circonstances seront plus favorables, mes compatriotes ne manqueront pas de participer en grand nombre à vos sessions.

Permettez-moi, Messieurs, de vous remercier, en mon nom personnel, de l'accueil si affable que je rencontre toujours parmi vous et des connaissances si précieuses que j'acquiers chaque année, par la fréquentation de vos Congrès.

Je vous ai parlé en ma qualité de délégué du Gouvernement et en mon nom personnel ; souffrez que je dise encore quelques mots comme Secrétaire général de la session antérieure.

Cette session a, vous le savez, été couronnée d'un succès complet. Ce résultat était facile à obtenir avec l'appui si puissant de M. le Ministre des Travaux publics, avec un Président aussi autorisé et aussi estimé que l'était M. Francotte, avec la collaboration si précieuse de mes compatriotes et surtout avec votre concours, à vous tous, qui n'avez pas hésité à accourir des points les plus éloignés de la France pour assurer la réussite de cette première tentative d'expatriation.

Combien plus difficile a été la tâche de mon successeur, M. le Dr Girma, qui a bien pu bénéficier d'avantages égaux en ce qui concerne notre éminent président, M. le Professeur Brissaud, qui pouvait, lui aussi, compter sur notre collaboration mais qui devait soustraire de son budget le subside très élevé que nous avait alloué le Gouvernement.

Malgré cette circonstance défavorable, la session de Pau ne le cède en rien à celle de Bruxelles, l'organisation en est parfaite, le succès est dès aujourd'hui assuré.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser tous nos remerciements à notre distingué collègue et de lever notre verre à notre Secrétaire général. *(Applaudissements répétés.)*

La soirée se termine dans les salons du Restaurant Clair contigus à la salle des banquets.

---

## Visite de l'Asile Saint-Luc.

(MERCREDI 3 AOUT)

A 9 heures du matin, près de 150 Congressistes ou invités visitent l'Asile des aliénés de Pau, connu sous le vocable de St-Luc, guidés par le Dr Girma qui, chemin faisant, les renseigne sur son histoire et les quelques particularités de son organisation.

L'originalité de cet Établissement est de s'être développé avec ses seuls bénéfices ou à peu près jusqu'à devenir un des grands et beaux Asiles de France.

Les causes et les diverses étapes de cette évolution, qui ont paru intéresser le Congrès, sont relatées dans la notice suivante :

## ORIGINES DE L'ASILE DE PAU

*Historique d'un Asile départemental développé presque exclusivement avec ses seules ressources.*

---

**Les aliénés du Béarn dans les prisons du Château.**

Jusque vers la fin du XVIII[e] siècle les aliénés du Béarn étaient renfermés dans la prison du Château de Pau.

Le 9 mai 1771 la Ville acheta au sieur Berdoulet, pour la somme de *20.000 fr.*, un immeuble sur l'emplacement du Musée actuel, pour y séquestrer les fous et d'autres catégories de malades indignes de l'Hôpital.

Au dire de deux Ingénieurs, qui furent alors consultés, 154 lits pouvaient y trouver place et 564 personnes y être renfermées.

A peu de frais, comme on le voit, on pouvait, à cette époque, loger beaucoup de pauvre monde !

**Amorce du premier Asile de Pau en 1777.**

Le 25 août 1777, fut donnée l'adjudication de trois loges de fous qui furent installées dans les bâtiments de derrière, séparés par une cour des bâtiments principaux donnant sur la rue Porte-Neuve. Ces cabanons semblaient plutôt destinés à renfermer des animaux malfaisants que des créatures humaines [1].

**Maison de Force.**

Dans cet amas de misérables constructions, connu sous le nom de *Maison de Force*, vécurent longtemps pêle-mêle les malades évacués de la prison, les filles atteintes de maladies contagieuses, et les aliénés secourus plus tard par le Département [2].

**Promiscuité des aliénés, des filles publiques et des malades des prisons.**

Parmi les femmes syphilitiques longtemps enfermées dans les sous-combles du bâtiment donnant sur la rue Porte-Neuve, quelques-unes présentaient souvent le spectacle le plus hideux quand, aux trois quarts nues, ou couvertes de dégoûtants haillons, elles s'étalaient aux croisées provoquant et insultant les passants par les gestes et les propos les plus indécents [3].

1. — Extrait de l'*Indicateur de Pau* du 7 Juillet 1866.
2. — *Origine de l'Asile de Pau*, par le Dr Auzouy, et *Annales Médico-Psychologiques*, Juillet 1869.
3. — Extrait de l'*Indicateur de Pau* du 7 Juillet 1866.

Les aliénés plongés dans ce pandémonium y étaient-ils mieux traités qu'à la prison du Château ?

**Chaînes et Carcans des Aliénés.**

Il n'y paraît guère puisque jusqu'en 1834, c'est-à-dire pendant quarante ans encore après la réforme de Pinel, on les surchargea de lourdes chaînes, de carcans et de menottes dont les Congressistes de 1904 ont pu voir à l'Asile les monstrueux spécimens exposés pour ce jour-là seulement.

**Chaîne et autres Instruments de Contention des aliénés, usités à l'ancien Asile de Pau jusqu'en 1834.**

La chaîne en fer, munie de son carcan, mesure 1m,40 et pèse 4 k. 600.
Les menottes pèsent 1 k. 200.
Les entraves figurées sous la chaîne se serrent au moyen d'un écrou à ailettes.

Encore peut-il être intéressant de noter que le fait de les avoir évacués des prisons ordinaires, de les avoir réunis à d'autres malades, avant la Révolution de 1789, impliquait une connaissance plus exacte de la nature de la folie.

**L'aliéné justiciable du Médecin.**

L'officier de santé préposé dès lors à ce service se substituait peu à peu aux philosophes moraux pour la connaissance des cas de folie[1] ; la voie dans laquelle la psychiatrie et la médecine légale des aliénés devaient réaliser tant de bienfaits, était ouverte à Pau. La Révolution fit mieux. Elle réserva un espace pour l'emprisonnement des fous.

1. — Arrêts du Parlement de Navarre du 22 août 1749 et du 8 mai 1760, chargeant les philosophes moraux de l'examen des aliénés.

**Suppression des chaînes en 1834.**

Il fallut attendre cependant 1834 pour faire tomber les chaînes et démolir ces vieilles bicoques. C'est le Dr Cazenave qui prit l'initiative d'une réforme si lente à venir dans ce pays. Peu à peu, de 1834 à 1854, sur les ruines de cette Maison de Force, Cazenave et son continuateur le Dr Chambert, élevèrent un véritable Asile constitué par deux immenses bâtiments longitudinaux et parallèles, divisés chacun en six segments formant autant de quartiers et possédant autant de cours [1].

**Édification d'un premier Asile.**

Trois départements : les Hautes-Pyrénées, les Landes et les Basses-Pyrénées y colloquèrent leurs aliénés.

Il ne devait pas garder longtemps cette destination. L'espace en était trop mesuré ; des rues en construction l'enserraient et l'empêchaient de s'étendre. Pas d'autres perspectives que celles des étages voisins dont la vue surexcitait les malades, aucun moyen d'occuper les aliénés à leurs travaux antérieurs, puisqu'ils n'avaient à leur disposition d'autre champ de culture que des préaux restreints.

**Création d'une annexe agricole.**

Frappé de ces inconvénients, le Dr Auzouy, médecin-directeur de l'Asile de Pau, obtint en 1860 la création d'une annexe agricole sur le territoire actuel de St-Luc, à 2.500 mètres du centre de la Ville, où 23 hectares de terrain furent d'abord loués puis achetés pour le prix de 110.000 francs. 25 aliénés travailleurs en furent les premiers colons.

Une avenue de 300 mètres dans l'intérieur de l'Asile St-Luc.

Peu de temps après, cet aliéniste conçut le projet d'y fonder un nouvel Asile. Pour entreprendre les constructions dont il

1. — Dr Berthier, médecin en chef des aliénés de Bicêtre : *Excursions scientifiques dans les Asiles d'aliénés de France*. Paris, 1863.

devait se composer, il indiquait comme ressources le prix de la vente de l'Asile de Pau, qui atteignit 300.000 francs, un emprunt de 450.000 francs gagé par le Département qui serait amorti par les bonis de l'Asile, et les économies déjà réalisées montant à 55.000 francs.

**Abandon de l'ancien Asile.**

La première pierre de l'Asile St-Luc fut posée le 1er juillet 1865 et dès le 15 juin 1868, tous les services y étaient installés et l'ancien Asile était évacué.

**Création de l'Asile St-Luc.**

Heureuse spéculation, dont on peut mesurer la portée aujourd'hui que l'on sait que ce département qui, n'ayant doté cette œuvre que des 300.000 francs provenant de la vente de l'ancien Asile, se trouve propriétaire aux portes de la ville d'un terrain de 54 hectares, d'un immeuble dont la valeur justifiée par le total des emprunts successifs dépasse deux millions, sans compter le mobilier évalué à plus de 500.000 francs, où il peut hospitaliser en tout confort ses indigents à un prix de journée qui a baissé progressivement, jusqu'à descendre au-dessous de 0 fr. 75.

Il n'est que juste d'en reporter le principal mérite à Auzouy qui eut l'intuition de cette formule et sut la faire aboutir.

Le nombre des aliénés était de 100 en 1840 et de 435 en 1868 quand s'ouvrit l'Asile St-Luc. Aujourd'hui il dépasse 900.

**État primitif du nouvel Asile St-Luc.**

Entrée principale des Services administratifs.

A l'origine, St-Luc comprenait, en dehors des services généraux, quatre quartiers de traitement dans l'une et l'autre section des hommes et des femmes, répondant à des quartiers de tranquilles travailleurs, semi-tranquilles, agités et semi-agités, infirmes et gâteux. Les épileptiques étaient disséminés parmi les autres malades. Un seul pavillon contenait les pensionnaires de toutes les classes et de tous les types morbides.

**Agrandissements successifs.**

**Quartiers spéciaux pour les indigents épileptiques et les agités.**

En 1872, M. Auzouy dota l'Établissement de deux nouveaux quartiers chez les hommes comme chez les femmes, l'un pour les agités et l'autre pour les épileptiques, réunis par un quartier cellulaire.

**Quartiers spéciaux pour les pensionnaires malpropres, épileptiques et agités.**

En 1880, le Dr Lafitte qui, en 1878, avait succédé au Dr Auzouy, fit adopter et put réaliser au pensionnat la création de deux pavillons supplémentaires à trois ailes pour le classement des agités, des malpropres et des épileptiques avec chambres d'isolement pour les plus agités et chambres plus confortables pour les pensionnaires de 1re classe rentrant dans les autres catégories de ce quartier spécial.

**Villas hors classe.**

La renommée grandissante de l'Asile et du climat de Pau y attirant une clientèle croissante, M. Lafitte n'hésita pas à proposer la création de villas somptueuses pour de riches payants. Son projet, considéré comme téméraire, se heurta à bien des difficultés. Il réussit cependant à le faire aboutir en 1882 et nul ne le regrette aujourd'hui que les dix appartements que contient chacune d'elles sont constamment occupés et insuffisants pour satisfaire à toutes les demandes d'admission.

**Création d'un abattoir pour la boucherie.**

Ce fut encore ce clairvoyant administrateur qui, n'ayant que trop souvent à constater la mauvaise qualité des viandes fournies par voie d'adjudication, renonça résolument à ce mode d'approvisionnement, institua un abattoir dans l'Asile et la pratique des achats du bétail sur pied, qui depuis lors a assuré aux malades des viandes de premier choix à des prix plus bas que ceux qu'une coalition de bouchers avait fini par imposer pour des livraisons trop souvent défectueuses.

Telles innovations que cette dernière qui, à première vue, peuvent paraître de peu d'importance, méritent cependant de retenir l'attention des administrateurs des grands Établissements hospitaliers où elles sont réalisables, car elles dévoilent une des causes de la fortune de St-Luc.

A cet élan vers le mieux les successeurs d'Auzouy et de Lafitte pouvaient d'autant moins se soustraire que les bonis de l'Asile, augmentant sans cesse, n'étaient pas entièrement absorbés par les dépenses de construction, et que l'accroissement numérique des malades allait encore plus vite que la progression des logements.

M. le Dr Reverchon qui, en 1888, succéda à Lafitte après une courte direction du Dr Pons, eut vite senti la nécessité de réagir contre l'encombrement. En désencombrant l'Asile, il le dota de nouveaux organes de traitement.

En 1890-1891, les travailleurs agricoles virent bâtir pour eux une nouvelle demeure au milieu des champs, où depuis lors ils vivent en dehors des murs dans une quasi liberté.

**Pavillon des travailleurs agricoles.**

Pour les hommes encore on fit un pavillon d'infirmerie complètement détaché des quartiers dans une prairie avoisinante.

**Pavillon d'infirmerie pour les aliénés indigens**

Pour les femmes une vaste buanderie au milieu des jardins, adossée à la machinerie à vapeur, à laquelle vinrent s'ajouter une minoterie et une boulangerie qui furent, de la part de M. Reverchon, une de ces inspirations heureuses, rappelant celle de M. Lafitte, préconisant un abattoir pour échapper aux serres des adjudicataires.

**Buanderie et logement des buandières**

**Meunerie et boulangerie**

Une porcherie modèle et un grand dépotoir-étanche porté à l'extrémité Est de la propriété — que sa retraite prématurée en 1892 ne lui permit pas de voir terminer — entraient également dans le programme qu'il avait conçu et qui en tous points lui fait le plus grand honneur. Cet administrateur accentua le système des bâtiments dispersés qui malheureusement n'a pas toujours été suivi depuis.

**Porcherie modèle.**

*
* *

Si les diverses étapes d'un Asile s'inscrivent d'habitude sous les noms de ses Directeurs, il serait excessif d'en conclure, ici principalement, qu'ils furent les seuls artisans de son essor et de ses progrès. Incontestablement c'est bien d'eux qu'on attend et que partent presque toujours les initiatives et les premières études. Pour réaliser leurs plans faut-il encore que, suivant l'expression du Dr Auzouy, « il se puisse rencontrer des architectes dont le talent ne croit pas déchoir en puisant ses inspirations dans la pensée médicale » et, doit-on ajouter, des influences éclairées susceptibles d'en faire comprendre la nécessité auprès des Pouvoirs publics.

**Harmonie administrative**

L'Administration de l'Asile eut toujours et, de plus en plus, cette bonne fortune de faire corps avec une Commission de surveillance remarquablement composée d'hommes compétents qui, en toutes circonstances, employèrent avec opiniâtreté tout le crédit dont ils disposaient pour améliorer l'œuvre dont ils avaient la garde et le plus grand souci.

L'heure vint, en effet, où le Conseil Général, lassé des agran-

de retracer. Le prix de journée qui était de 0 fr. 85 ne fut plus observé par le Département qui, sous forme forfaitaire variable à chaque exercice, l'a fait descendre en réalité au-dessous de 0,75.

Encore était-il, par ce fait, encouragé à favoriser une fois de plus l'essor d'un Établissement qui lui donnait si peu de mécomptes, et il fit bon accueil à une nouvelle série de projets qui s'exécutent aujourd'hui, dont le devis atteint 400.000 fr. trouvés dans un nouvel emprunt gagé comme les précédents sur les ressources de St-Luc.

En voici l'énumération :

**Série des agrandissements en cours d'exécution.**

| | | |
|---|---|---|
| *Pensionnat.* — Construction d'une infirmerie spéciale pour le pensionnat des hommes et d'une autre semblable pour celui des femmes, évaluées ensemble | 105.300f | » |
| Construction d'un chalet particulier pour pensionnaire. | 34.200 | » |
| Acquisition de terrain et travaux de voirie pour le déplacement d'un chemin public situé au sud du pensionnat, pour permettre l'extension de ce dernier | 25.000 | » |
| Clôture et grille d'entrée sur ce chemin avec pavillon de concierge et salons-parloirs pour les familles des pensionnaires | 40.800 | » |
| *Ferme.* — Construction de divers bâtiments à l'usage de vacherie, bouverie, jumenterie, étable pour animaux isolés et de boucherie, hangars divers pour matériel et denrées, laiterie, lapineries, volières, une deuxième porcherie, avec installations accessoires | 126.650 | » |
| *Dépôt mortuaire,* avec salon d'exposition, salles d'autopsie, de préparations et conservations nécropsiques, en remplacement du dépôt mortuaire actuel, insuffisant et défectueux | 13.550 | » |
| *Installation du chauffage* par la vapeur pour les cuisines et salles de bains, et parachèvement des travaux d'alimentation hydraulique et des égouts | 55.000 | » |
| TOTAL | 400.500f | » |

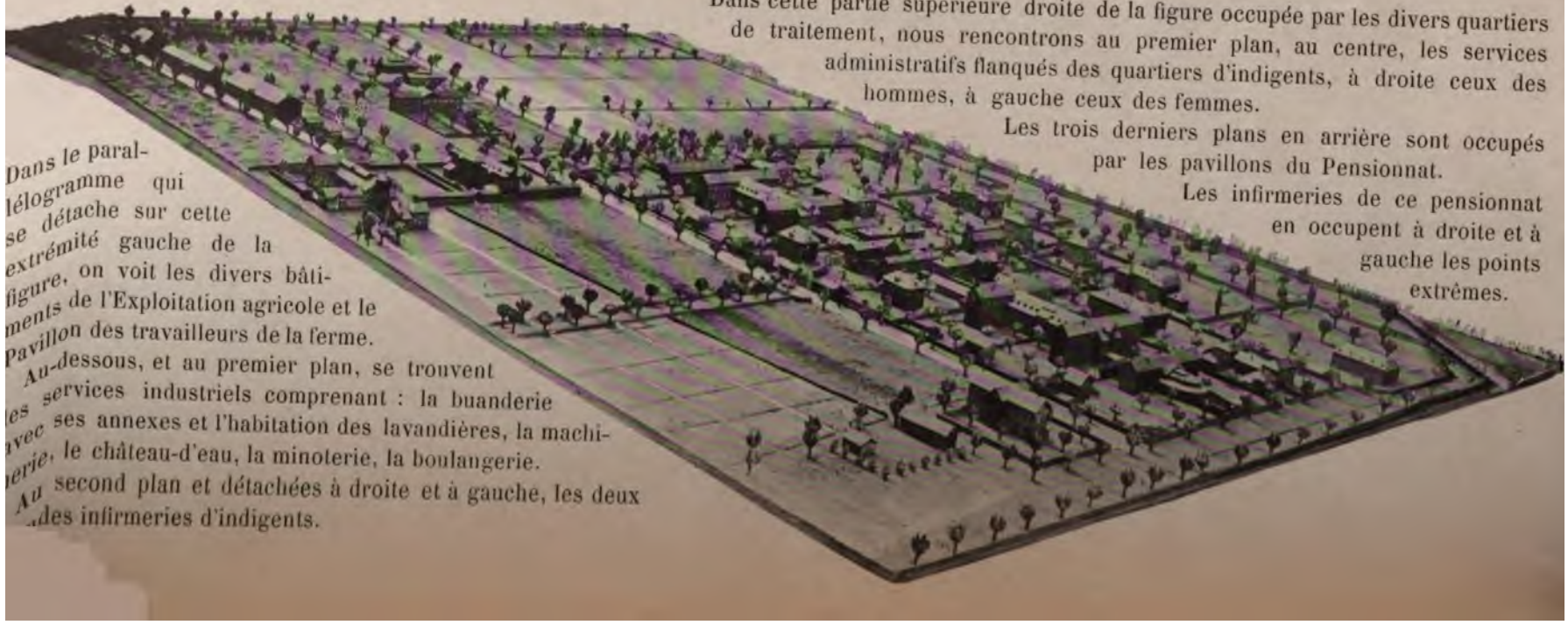
*
* *

Même après ces multiples transformations il ne faudrait pas regarder de trop près pour ne pas constater des lacunes et de nombreux desideratas. Mieux vaut réserver l'avenir et ne jamais fermer délibérément la porte au progrès.

mémoire publié, en Juillet 1900, par le *Journal of Mental Science,* sous le titre : « L'ASILE DE PAU — UN ASILE PUBLIC SE SUFFISANT PAR LUI-MÊME. »
Paru plus tard en brochure, cet article fut traduit en allemand par le Dr Baesler, en Silésie.

**Reproduction d'une maquette en bois représentant une Vue d'ensemble de l'Asile des aliénés de Pau.**

*Sur cette maquette, la plus grande partie des arbres a été supprimée afin de laisser voir les constructions.*



Dans le parallélogramme qui se détache sur cette extrémité gauche de la figure, on voit les divers bâtiments de l'Exploitation agricole et le Pavillon des travailleurs de la ferme.

Au-dessous, et au premier plan, se trouvent les services industriels comprenant : la buanderie avec ses annexes et l'habitation des lavandières, la machinerie, le château-d'eau, la minoterie, la boulangerie.

Au second plan et détachées à droite et à gauche, les deux ailes des infirmeries d'indigents.

Dans cette partie supérieure droite de la figure occupée par les divers quartiers de traitement, nous rencontrons au premier plan, au centre, les services administratifs flanqués des quartiers d'indigents, à droite ceux des hommes, à gauche ceux des femmes.

Les trois derniers plans en arrière sont occupés par les pavillons du Pensionnat.

Les infirmeries de ce pensionnat en occupent à droite et à gauche les points extrêmes.

Déjà des préoccupations très vives se font jour sur le manque d'infirmeries de contagieux, de quartiers d'enfants, etc. La liste des améliorations peut-elle être jamais close ?

*
* *

**Composition actuelle de St Luc.**

A ce jour, les améliorations et agrandissements en voie d'exécution compris, St-Luc se compose d'un Asile d'indigents et d'un Pensionnat formant deux établissements presque distincts.

La superficie totale est de 54 hectares dont 11 servant d'assiette aux habitations et 43 réservés à l'exploitation agricole.

Les dispositions sont les suivantes :

**Quartiers des indigents et services généraux.**

Encadrant une cour mauresque, les services généraux comprennent les villas et pavillons réservés au personnel médical et administratif, les bureaux, la cuisine, la dépense, la lingerie, la pharmacie.

Encadrant le square de la chapelle, la communauté des sœurs, les magasins, les annexes des cuisines, les logements du personnel médical et administratif de second rang ; au centre du square, la chapelle.

A droite et à gauche de ce groupe de bâtiments, de longues galeries couvertes donnent accès à tous les quartiers de traitement des aliénés indigents au nombre de six dans la division des hommes et de sept dans celle des femmes.

Soit dans la division des hommes :

Un quartier de malades d'ateliers ;
— de malades maraîchers ;
— de semi-tranquilles et en observation ;
— de malpropres alités ;
— d'épileptiques ;
— d'agités.

Et dans la division des femmes :

Un quartier de ménagères, et la salle de théâtre ;
— de couturières ;
— de tricoteuses et éplucheuses ;
— de malpropres alitées ;
— de semi-tranquilles et en observation ;
— d'épileptiques ;
— d'agitées.

Au Nord de cette ligne de constructions de 360 mètres de longueur, une deuxième ligne parallèle encore plus longue mais où

les pavillons sont plus clairsemés, séparée de la première par la profondeur des préaux et une large avenue de près de 500 mètres de longueur.

On y voit s'échelonner sur de grands espaces pour les hommes :

A l'extrémité Ouest un pavillon d'infirmerie pour 50 malades.

A l'extrémité Est une vaste habitation pour 60 travailleurs agricoles et tous les organes d'une grandiose ferme modèle délimitant sur ses quatre côtés une cour normande dont la superficie dépasse deux hectares.

Dans un bosquet voisin, le nouvel amphithéâtre, masqué par des massifs d'arbustes et de fleurs, à plus de 100 mètres de toute habitation.

Pour les femmes :

Une infirmerie, genre sanatorium moderne, entre cour et parc réservés.

Plus loin, les diverses installations de la buanderie et du repassage et les logements contigus des malades employées à ces besognes. Tout à fait au nord, perdu au milieu des jardins potagers, l'abattoir.

**Pensionnat.**

La nomenclature des villas du pensionnat est moins longue. Cinq unités de chaque côté, soit, pour les hommes comme pour les femmes :

Un pavillon de tranquilles ;
— d'agités, épileptiques et malpropres ;
— d'infirmerie pour toutes classes ;
— pour les grands payants ;
Un chalet particulier pour un seul pensionnaire.

L'ensemble de ces villas est en façade au midi, au-devant de l'Asile, limité sur une longueur de 500 mètres par une élégante grille bordant un chemin public, avec au-delà de grands espaces libres qui sont encore la propriété de l'établissement. Comme paysage de fond les hautes cimes des Pyrénées.

« C'est un émerveillement général[1], écrit à la suite de cette » visite, un chroniqueur du Congrès. Dans un cadre de féerie » ayant pour rideau de fond la superbe chaîne des Pyrénées » avec ses deux pics : le pic du Midi de Bigorre et le pic du

1. — *L'Indépendant des Basses-Pyrénées* (5 août 1904).

» Midi d'Ossau, les montagnes bleues profilent leurs lignes
» heurtées sur un ciel plus bleu encore, sur le beau ciel de Pau.
» Au premier plan un écroulement de verdure sur les coteaux,
» glissant en avalanches de frondaisons touffues et puissantes,
» puis des pelouses, des massifs d'arbres d'essences diverses,
» des parterres de fleurs, des rideaux verts de volubilis grim-
» pant sur les terrasses de St-Luc, nid parfumé des senteurs
» des roses, des magnolias et des verveines, etc... ».

Le total de tous ces bâtiments s'élève à quarante-quatre.

Les logements réservés aux travailleurs offrent cette particularité des plus avantageuses d'être installés au centre même de leurs occupations. Grandes ménagères (occupées aux cuisines, à la pharmacie ou à la lingerie), ouvrières buandières et repasseuses, ouvriers techniques, agriculteurs, peuvent dès lors passer de leur habitation à leur travail sans rencontrer les aliénés des autres quartiers, sans désordre et sans perte de temps.

Installat balnéair

Une autre particularité qui a bien ses inconvénients au point de vue de la dissémination de la surveillance et de la consommation en combustible, mais aussi de grands avantages au point de vue du calme et de la sélection des baigneurs, consiste dans la multiplicité des salles de bains et d'hydrothérapie. Chaque catégorie de pensionnaires a la sienne, contiguë à son pavillon. Il en est de même pour les infirmeries, pour les chalets particuliers, les épileptiques, les agités et les tranquilles indigents.

Gaz et électric

L'éclairage est assuré partout moyennant une double distribution de gaz et d'électricité, l'un suppléant l'autre en cas d'interruption.

Eau potat

L'eau puisée dans la nappe souterraine est parfaite. Des machines à vapeur l'élèvent dans un château-d'eau, et des réservoirs à air comprimé vont permettre d'inonder les toitures en cas d'incendie.

Égouts

Un réseau d'égouts étendu à toutes les parties de l'Asile entraîne toutes les eaux usées en conduite fermée jusqu'à un collecteur central qui se vide dans le grand égout de Pau.

Chauffag à la vapé

La préparation des aliments et des bains va se faire, dès cette année, à la vapeur au moyen de générateurs installés dans la machinerie de l'Asile.

**Peinture des murs.**

Toutes les salles de jour et de nuit sont ou vont être peintes au ripolin.

⁂

## Gestion économique.

**Prix de revient de la journée d'un indigent.**

Le prix de revient d'un aliéné indigent à l'Asile St-Luc, calculé aussi exactement que possible après un très long et minutieux travail réclamé par le Conseil Général, a été pour 1903, et est approximativement depuis quelques exercices de :

1 fr. 28 par jour en argent,
et 1 fr. 30 en y ajoutant la valeur des produits récoltés et consommés.

**Prix de journée payé par le département des Basses-Pyrénées.**

Or le prix de journée payé à l'Asile par le département des Basses-Pyrénées pour la moyenne des 450 malades à son compte gravite autour de 0 fr. 75, soit la moitié environ des dépenses occasionnées par les indigents.

On voit dès lors l'énorme bénéfice que le Département retire de l'exploitation directe de son Asile d'aliénés qui, par surcroît, a suffi à ses développements successifs sans subvention d'aucune sorte.

Ce haut prix de revient dans lequel n'entrent que les frais d'administration et d'entretien individuel, établi en dehors de tous frais de constructions ou d'amortissement d'emprunts, révèle, sans qu'il soit nécessaire de recourir à plus de détails, le degré de confort dans l'assistance d'indigents d'une région où les habitudes de sobriété rendent peu exigeants en matière d'alimentation, et où les matières consommées sont relativement à bon marché.

Comment parvient-on à équilibrer le budget, malgré cet écart entre le prix de revient et le prix de journée des indigents ?

Par le rendement considérable du domaine agricole.

Par l'intensité du travail organisé dans toutes branches professionnelles utilisables.

Par les bénéfices d'un pensionnat prospère.

Par une surveillance toujours en éveil de l'emploi des matières.

Et aussi, peut-on ajouter, par un esprit de défense traditionnel de la part de l'Administration contre les prétentions des fournisseurs.

Ces deux dernières considérations peuvent paraître un peu banales. Elles ne font que reproduire le principe fondamental de toute économie. Encore l'application plus ou moins rigoureuse explique-t-elle souvent la variété de fortune des collectivités comme des individus.

Des chiffres précis établissent les ressources qui viennent contrebalancer l'insuffisance du prix de journée des indigents.

En prenant comme types les résultats du dernier exercice liquidé, sensiblement égaux aux résultats moyens des cinq dernières années, on arrive aux constatations suivantes :

Le montant brut des produits récoltés a été évalué pour cette année, en chiffres ronds, à..... 54.000 fr.

Et le bénéfice net à..... 20.000 fr.

la différence comprenant les frais de l'exploitation.

L'ensemble des travaux exécutés dans les divers ateliers d'hommes ou de femmes accuse une valeur globale de 46.400 fr.

Et le bénéfice net est estimé à..... 25.000 fr.

Les pensionnats ont fourni une recette de 168.000 francs, dont il serait assez délicat de faire ressortir le bénéfice exact.

Dans l'ordre des dépenses, des économies réelles sont imputables au système de gestion de l'Asile St-Luc : ainsi, grâce à l'existence d'un abattoir propre à l'Asile et à l'achat direct par un agent expérimenté sous les ordres de l'Économe des animaux sur pied, la qualité du bétail gras étant dès lors à l'entière discrétion de ce service et toujours irréprochable, 70.000 kil. de viande ont pu être consommés à l'Asile sur cet exercice au prix net de 1 fr. le kil. calculé après abattage.

Le prix du pain sorti des minoterie et boulangerie de l'Asile est revenu à moins de 0 fr. 23 le kilo.

Ce sont là, semble-t-il, les principaux facteurs de l'équilibre financier de cet Asile dont la population totale dépasse 1.060 personnes et qui accusait à la fin de cet exercice :

En recettes..... 554.782f 54
Et en dépenses..... 539.848 27

***

## Personnel Médical, Administratif et de Surveillance.

Le personnel de l'Asile de Pau comprend :

Un Médecin-Directeur ;

Un Médecin-Adjoint ;

Deux Internes en médecine ;

Un Aumônier du culte catholique résident ; les Ministres des autres religions ont la faculté de réunir périodiquement leurs coreligionnaires dans un salon mis à leur disposition ;

Un Receveur ;

Un Économe et deux Commis d'Économat ;

Un Secrétaire de Direction et un Commis de Direction ;

Un Surveillant en Chef de la section des hommes ;

Une Surveillante en Chef (Supérieure des Sœurs), de la section des femmes ;

Un Chef agricole chargé en outre des achats des animaux de boucherie ;

13 Chefs d'ateliers ;

47 Surveillants ou Infirmiers dans la section des hommes ;

17 Sœurs et 41 Infirmières laïques dans la section des femmes ;

Une Maîtresse de musique ;

**Écoles d'infirmiers.**

Les infirmiers des deux sexes suivent les Cours de l'École professionnelle ouverte à l'Hôpital de Pau.

Des conférences plus spéciales sont également organisées à leur usage par les médecins de l'Établissement.

**Recrutement du personnel de surveillance.**

Le recrutement du personnel infirmier assure en général de très bons choix dans ce pays de belle éducation morale, où les habitudes alcooliques sont exceptionnelles et le genre de vie très harmonique.

Les appointements des infirmiers et infirmières vont de 250 à 600 fr. pour les infirmiers et de 180 à 400 fr. pour les infirmières.

***

## Hygiène et pratiques thérapeutiques.

La majeure partie des aliénés traités dans cet Asile proviennent des Hautes-Pyrénées, des Landes et des Basses-Pyrénées.

Le plus souvent ils ne sont admis que longtemps après le début de leur folie ; aussi les cas curables sont-ils plutôt rares. **Pourcentage des guérisons et améliorations**

Malgré ces conditions défavorables, la proportion des sorties par guérison ou amélioration notable, a été encore pour les cinq dernières années de 40 °/₀ des entrées.

La mortalité est tombée progressivement de 13 °/₀ qu'elle atteignait jadis, à moins de 5 °/₀. Cette diminution de la mortalité a été en raison directe des améliorations successives introduites dans l'hygiène de St-Luc dont les diverses étapes ont été énoncées ci-dessus. **Taux de la mortalité**

La pratique des congés de convalescence ou de sorties à titre d'essai est entrée dans les mœurs depuis une dizaine d'années ; fréquemment usitée, elle n'a encore jamais donné de mécomptes. **Congés de convalescence ou d'essai.**

Le no-restraint est en faveur. **No-restraint**

Sur 900 malades, c'est à peine si une dizaine occupent des chambres d'isolement quand surviennent des crises violentes. Pour tous les autres cas d'excitation, le traitement sédatif par l'emploi du lit ou des bains prolongés, principalement, suffit.

La camisole et les manches de force, les entraves, sont plus que prohibées : elles sont inconnues du personnel depuis une dizaine d'années. Ce n'est pas qu'ici comme ailleurs on ne les ait crues pendant longtemps indispensables. La Direction actuelle trouva, à ses débuts, une quarantaine de camisoles de force dont elle essaya en vain de restreindre l'emploi. Toutes sortes de raisons troublantes, puisées dans la routine ou une imagination apeurée, étaient opposées au désir du Chef de service qui, de guerre lasse, prit la résolution de les faire disparaître toutes irrévocablement en les vendant à d'autres Maisons de santé ou en les détruisant. **Suppression radicale de la camisole de force.**

La chasse fut faite également aux entraves et autres engins bizarres servant à fixer les bras et les jambes. Bref, depuis dix ans, il n'existe plus rien de cet outillage suranné. Bien plus, à partir du jour où fut prise cette mesure radicale et pendant les dix années qui ont suivi, jamais, absolument jamais encore, l'indication d'un quelconque de ces moyens de contrainte n'est apparue pour personne.

L'open-door est absolu pour les travailleurs des champs dont les habitations sont hors des murs et qui se meuvent individuel- **Open-door.**

lement à peu près à leur guise, en dehors des heures de travail.

Les grands payants jouissent d'une liberté encore plus grande. Surveillés ou pas surveillés, suivant les cas, ils ne sont guère présents dans leurs pavillons que pour les heures de traitement, les repas et la nuit.

Encore, pendant la nuit, en est-il un assez grand nombre qui se rendent aux soirées théâtrales de la ville : du côté des hommes presque tous sont munis de bicyclettes et circulent dans un rayon de 15 à 20 kilomètres.

Isolés ou en groupes ils sont autorisés à faire des absences de plusieurs jours, mais toujours surveillés dans ces circonstances, pour pérégriner dans les Pyrénées, allant parfois de l'Océan à la Méditerrannée, ou traversant les monts pour visiter l'Espagne.

Les pensionnaires ordinaires, qui ne peuvent s'offrir un tel luxe, ont un cadre d'excursions plus limité. Mais tous les indigents et indigentes, comme toutes les catégories de pensionnaires, hormis les infirmes et quelques rares agités, sortent périodiquement, soit le dimanche, soit, s'ils ne sont pas travailleurs, les jours ordinaires, par petites escouades dirigées par des infirmiers ou infirmières, pour des promenades en pleine campagne ou sur les avenues de la ville.

**Clinothérapie.** Le repos au lit pour le traitement des aliénés a été essayé systématiquement pour toutes les formes de folie curable dès 1898 ; ces expériences ont même fait le sujet d'une thèse inaugurale d'un des internes de cet Établissement [1].

Peu à peu, l'emploi de cette méthode a été restreint aux grands agités pendant les premiers mois de traitement, aux malades d'une constitution affaiblie, aux gâteux et, d'une manière plus générale, à tous les aliénés qui ont une tendance à se déprimer, s'exciter ou s'user par un trop vaste champ d'action ou au contact direct des autres malades. Le grand avantage de ce système est incontestablement l'observation plus attentive de leur état, des soins plus constants, et le ménagement des énergies physiologiques si souvent compromises chez les aliénés.

Plus de 120 aliénés en moyenne profitent, d'après ces indica-

1. — *Essai à l'Asile de Pau du traitement des aliénés par le repos au lit*, par le Dr Clausolles — Toulouse, 1899. Imprimerie A. Trinchant.

tions, de l'alitement, qui est interrompu de deux à quatre heures par jour, suivant les cas, et remplacé par les bains ou par des exercices modérés dans les galeries-promenoirs et dans les préaux.

**Traitement méthodique du gâtisme.**

Les inconvénients du gâtisme sont corrigés par une méthode inaugurée à St-Luc depuis peu de temps, qui consiste en l'obligation de présenter les malpropres, trois fois par jour sur la chaise percée, et d'aider les évacuations par des lavages rectaux, plus rarement par la sonde uréthrale.

Au chevet du lit de chaque incontinent est fixé un cadran de 24 heures, sur lequel est barré à l'encre rouge le quart d'heure de présentation sur le siège d'aisance. Moyen de contrôle qui permet aux surveillants et au personnel médical de savoir à toute heure si les prescriptions pour la cure du gâtisme sont fidèlement suivies.

L'indication des résultats obtenus est notée sur la feuille d'observation de chaque malade, et les dits résultats sont totalisés à la fin du mois sur un tableau sypnotique jusqu'à guérison.

**Rareté des eschares attribuée au mode de couchage**

Malgré le nombre relativement élevé de malades qui gardent un décubitus prolongé, les eschares sont tellement rares que des années s'écoulent parfois sans qu'on ait à les constater, et on peut se demander si cette absence d'eschares ne doit pas être attribué au mode de couchage spécial à cet établissement et ignoré peut-être en dehors de cette région.

Il se compose d'une herbe sèche très élastique, moelleuse en même temps, et difficilement putrescible quoique recueillie dans les terrains marécageux des landes qui entourent la ville de Pau. Les gens du pays la désignent sous le nom de « paillole ». Elle porterait, en langage de botanique le nom de *mollinia cærula*.

On en remplit la caisse des lits des agités ainsi que des malpropres ; pour les autres on en garnit les matelas. Son prix de revient sur place étant peu élevé, tous les matins relève est faite des parties souillées qui sont détruites immédiatement. C'est un couchage très doux, très aéré, ne retenant pas les liquides, et probablement aseptique, par suite de son renouvellement quotidien chez les malpropres et très fréquent partout ailleurs.

Les quelques déchireurs comme on en trouve partout qui, après avoir déchiré chemise, couvertures et draps de lit, seraient ainsi exposés pendant la nuit à se refroidir, se plongent instinc-

tivement dans le centre de cette douce et chaude litière, toujours propre, s'en recouvrent en totalité au point qu'il faut en écarter plusieurs couches pour les y dénicher, et se délectent dans ce milieu qui ne gêne en rien leur respiration.

A ce textile est substitué dans les caisses de lit jusqu'à pleins bords un amas de son[1] qui remplit le même usage mais non aussi bien, s'il survient que des aliénés trop ingénieux, ce qui est arrivé deux fois, s'avisent d'en fabriquer des tresses qui, bien que pareilles suites n'aient jamais été constatées, pourraient favoriser à la rigueur des tentatives de strangulation.

**Cube d'air attribué aux aliénés.**

**Aération des locaux.**

**Améliorations de l'hygiène de l'habitation.**

**Rareté des maladies contagieuses et de la tuberculose.**

Depuis le désencombrement de l'Asile, l'augmentation du cube d'air des dortoirs (près de 20 mètres pour les valides, de 30 à 50 mètres pour les infirmes et les malpropres), la ventilation énergique de tous les habitats par des ventouses au ras des parquets et des plafonds, et des cabinets d'aisance intérieurs par des cheminées d'appel munies d'un brûleur à gaz, l'installation des crachoirs fixes et portatifs répandus à profusion, le lavage quotidien des sols bitumés et des parquets, le nettoyage humide des murs peints à l'huile ou au ripolin, l'obtention d'une eau irréprochable, et la pratique de l'antisepsie, les maladies épidémiques et contagieuses n'ont plus reparu. Seule la grippe est encore entrée ici pendant ces dernières années ; la tuberculose est devenue très rare alors qu'elle en était le fléau. Si elle y est fatalement introduite par les nouvelles admissions, elle est cantonnée dans les chambres d'isolement et de cure des infirmeries, mais ne paraît plus avoir de foyer dans les quartiers.

Telles sont, *grosso modo,* les particularités du passé et du présent de l'Asile St-Luc présentant quelque intérêt.

⁂

## Banquet offert à l'Asile par le Conseil Général des Basses-Pyrénées aux Membres du Congrès.

Quand midi sonna, les Congressistes avaient fait le tour presque complet des quartiers de traitement. Seuls restaient à visiter les services généraux, les services industriels et la colonie agricole.

Mais l'heure du déjeuner offert par le Conseil Général des

1. — Cette garniture serait également employée en quelques contrées de l'Angleterre pour les nourrissons.

Basses-Pyrénées était venue, et de l'infirmerie des femmes où s'arrêta la visite, la longue théorie des Congressistes et des invités du département au total de 148, se dirigea vers la salle de récréations de l'Asile, vierge encore des peintures et des reliefs décoratifs qui devaient la transformer trois mois après en un coquet théâtre. Pour la circonstance, des massifs de palmiers, des fusées de bambous, des bordures de mousse piquées de fleurs, des guirlandes et des suspensions de lierre en paraient la nudité.

Précédée d'un vestibule-vestiaire voûté de bambous verts entrecroisés, elle devait à ce premier écran contre les rayons implacables du soleil et à une série de batteurs d'air électriques un peu de fraîcheur réclamée par les vifs mouvements d'éventail des dames.

Des faisceaux de drapeaux français, russes, belges, suisses, roumains, espagnols, évoquant la nationalité des divers Congressistes fraternisaient sur un portique grec portant au frontispice le mot « Congrès », donnant accès au dit vestibule.

M. Gilbert, Préfet des Basses-Pyrénées, préside le Banquet, ayant en face de lui M. Brissaud, Président du Congrès ; MM. Faisans, maire de Pau ; Drouineau, délégué du Ministre de l'Intérieur ; Cassou, sénateur des Basses-Pyrénées ; le Dr Valery Meunier, Président de la Commission de surveillance de l'Asile ; le Dr Crocq, délégué du gouvernement belge ; le Dr Régis, etc., prennent place à la table présidentielle, ayant à leurs côtés Mmes Brissaud, Drouineau, Faisans, Régis, Girma, etc.

Le repas, servi par M. Viguié, directeur de l'Hôtel de l'Europe, comportait le menu suivant :

CROUTE AU POT
PETITS PATÉS A L'ANCIENNE
SAUMON SAUCE RÉMOULADE
SUPRÊME DE VOLAILLE MONTMORENCY
JAMBON CLAMART SAUCE CHAMPAGNE
HARICOTS VERTS SAUTÉS, BEURRE D'ISIGNY
FILETS DE BŒUF EN BROCHE
SALADE A LA RUSSE
GLACE HENRI IV
PETITS FOURS
DESSERT

VINS :

JURANÇON BLANC 1898
BORDEAUX PONTET-CANET 1893
BORDEAUX CHATEAU MONBRISON 1895

JURANÇON ROUGE 1888
CHAMPAGNE MOET ET CHANDON
CAFÉ - ARMAGNAC VIEUX - LIQUEURS

Quand circulent les premières coupes de champagne, M. le Préfet Gilbert se lève et ouvre la série des toasts par les paroles suivantes :

MESDAMES, MESSIEURS,

Je ne vous surprendrai guère, sans doute, en vous disant qu'au plaisir que j'éprouve de vous souhaiter ici la bienvenue au nom du Département se mêle un réel sentiment de fierté.

Pourrait-on rêver en effet un cadre plus délicieux pour une plus noble et plus aimable compagnie ?

Dans son désir de faire un bon accueil à ses illustres visiteurs, Pau, la ville hospitalière, a voulu semble-t-il se faire plus jolie, plus séduisante.

C'est qu'aucun de vous Messieurs, ne lui est inconnu. Bien souvent vous avez, si je puis dire, collaboré ensemble : les efforts de votre pensée bienfaisante, joints aux douceurs de son climat, ont maintes fois triomphé des nervosités les plus exaspérées et des raisons les plus défaillantes.

De ce mystérieux concours est née une sympathie indéfinissable qui rend notre ville toute heureuse de vous avoir pour hôtes et qui vous a sollicités, Messieurs, de venir en plus grand nombre que jamais étudier parmi nous les questions les plus nouvelles, les plus intéressantes de la science aliéniste et neurologique.

De toutes parts vous êtes accourus des Universités, des Tribunaux, des Facultés les plus lointaines.

La Russie, la Belgique, la Suisse, l'Espagne, la Roumanie, la France ont envoyé leurs maîtres les plus autorisés, pour attester dans une incomparable assemblée, la solidarité, je devrais dire la Fraternité des savants entre eux, vous êtes près de 250 au Congrès !

Avais-je raison tout à l'heure de céder, en ma qualité de représentant du Département, à un invincible sentiment d'orgueil ?

Mais, comme si dans sa coquetterie, notre pays eut encore voulu mettre quelque raffinement, il a convié à cette table, pour prendre place à nos côtés celles qui, dans leur sourire, expriment toute la grâce et toute la bonté, celles auprès de qui le savant est sûr de trouver sa consolation et son réconfort, celles qui ont été la parure vivante de cette fête.

Vous désignerai-je autrement Mesdames ? Et ne suis-je pas assuré de traduire ici les sentiments de tous, en vous remerciant, sans détours, de votre présence en cet Asile, où peut-être certaines d'entre vous n'ont point pénétré sans émotion, mais qui l'a transformé pour quelques heures en lieu de charme et de gaîté

C'est à vous d'abord, Mesdames, que je lève mon verre et je vous demande de vouloir bien vous associer à moi dans le toast de sincère bienvenue que je porte à tous les membres du XIV<sup>e</sup> Congrès des aliénistes.

A son tour, M. le Dr Valery Meunier, Président de la Commission de surveillance, s'exprime en ces termes :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES ET MESSIEURS,

La Commission de surveillance et l'Administration de l'Asile St-Luc me chargent de vous exprimer toute leur reconnaissance pour la gracieuse visite que vous avez bien voulu leur faire aujourd'hui.

Grâce à votre présence, l'Asile est en fête, et cette journée marquera parmi les meilleures dans ses annales ; elle nous rappelle celle où notre Établissement eut l'insigne honneur de recevoir le Chef de l'État, quand le Président Carnot vint faire en 1891, dans la patrie d'Henri IV, ce voyage dont les bons citoyens ont gardé les enseignements et le souvenir.

De pareilles solennités sont une bonne fortune pour un Établissement comme le nôtre ; en voyant comment sont installés, surveillés et soignés les 8 à 900 malades des trois départements qui nous sont confiés, vous leur donnez, ainsi qu'à leurs familles, le plus précieux témoignage d'intérêt qu'ils puissent recevoir. D'autre part, pour un personnel soucieux de la lourde tâche qui lui incombe sans relâche, quelle satisfaction de ne pas être complètement ignoré, de recevoir des encouragements ou des conseils venant de si haut, d'une réunion d'élite unissant la compétence et l'autorité !

Quelle satisfaction aussi de regarder le chemin parcouru depuis 40 ans (cet Asile a été commencé en 1864, occupé en 1868), de récapituler avec vous les difficultés vaincues, les améliorations progressives dans le bien-être, l'hygiène, le traitement des malades et de vous signaler les résultats, très modestes certainement quand il s'agit de guérisons confirmées, mais cependant si dignes d'intérêt maintenant que nous sommes débarrassés du coefficient funèbre des maladies incidentes et que notre chiffre total de mortalité n'est plus que de 5 °/₀ par an.

M. l'Inspecteur général Drouineau vous rappelait, lors de l'inauguration du Congrès, le puissant intérêt des bonnes relations des Asiles avec les Conseils Généraux ; l'histoire de nos 40 dernières années est là toute entière pour nous. Malgré la bienveillance habituelle des membres de cette Assemblée, malgré la compétence et les efforts des Administrateurs du Département dans cette longue période, nous avons eu souvent de la peine à convaincre de la nécessité des accroissements et des améliorations qui s'imposaient. Heureusement la tâche est aujourd'hui plus facile ; tout le monde a vu et compris ; l'Asile que vous avez visité ce matin n'a coûté au Département que les 300.000 francs versés à l'origine lors de sa création. Depuis cette époque, le Département ne lui a pas donné un centime de subvention et c'est avec les propres ressources de sa gestion que l'Asile est arrivé à son état actuel et à une valeur certainement supérieure à 2 millions.

Pardonnez-moi, Mesdames et Messieurs, ce retour sur votre visite de ce matin ; mon excuse est ma sincérité quand je vous dis que nous conserverons de votre passage un excellent et sympathique souvenir.

Permettez-moi, au nom de l'Administration de l'Asile St-Luc et de la Commission de surveillance, de lever mon verre à la santé des Congressistes du XIVe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, et veuillez vous joindre à moi pour porter la santé de son éminent et sympathique Président, le Professeur Brissaud.

Après ce toast, M. l'Inspecteur général Drouineau, délégué du Ministre de l'Intérieur, prenant à son tour la parole, s'exprime ainsi :

Mesdames,
Messieurs,

Il y a douze ans environ, j'étais chargé d'inspecter l'Asile St-Luc ; je viens aujourd'hui avec vous de parcourir et de visiter l'Établissement et plus que beaucoup d'entre vous peut-être, je puis apprécier combien sont grandes les améliorations apportées, les réformes opérées, non seulement en ce qui touche les pensionnaires, mais aussi pour ce qui regarde les indigents.

Ce résultat, que je suis heureux de constater, ne s'est pas produit sans des efforts sérieux dont beaucoup de personnes sont responsables ; c'est d'abord M. le Dr Girma, médecin-directeur de l'Asile, auquel je suis heureux de rendre un public hommage de reconnaissance pour le dévouement et le zèle qu'il apporte près de ses malades et de l'initiative intelligente qu'il met à diriger et à améliorer l'Asile ; c'est aussi la Commission de surveillance composée d'hommes dévoués et éclairés parmi lesquels je ne puis oublier M. le Dr Meunier que j'ai le plaisir de rencontrer souvent dans les Congrès et les Sociétés où se discutent et s'étudient les questions d'assistance ; le Conseil Général qui s'est associé généreusement aux propositions qui lui étaient faites et enfin à l'Administration préfectorale dont on ne saurait oublier l'action directe et prépondérante. De cette collaboration intime, de cette entente est née une situation particulièrement favorable pour l'Asile, puisqu'elle en a fait un des meilleurs de notre pays.

Je ne saurai trouver une occasion meilleure de parler avec quelque liberté des Asiles, puisque dans le département des Basses-Pyrénées on est parfaitement sûr de n'atteindre personne et de n'éveiller aucune susceptibilité, l'Asile et le Département étant mis hors de cause.

Tous vous savez que l'honorable M. Dubief, député, a pris en mains la révision de la loi de 1838 ; il soumet, autant qu'il le peut, à une sorte de discussion préalable dans diverses Sociétés, le projet qu'il a préparé et qui est inscrit à l'ordre du jour de la Chambre. J'ai eu occasion de me rencontrer avec M. Dubief et, dans l'animation de nos discussions,

il lui a paru qu'on attaquait vivement les Conseils Généraux et il a pu penser et dire que c'était du parti-pris. Il y a là un malentendu qu'il faut dissiper, une interprétation fâcheuse qu'il faut détruire.

De parti-pris il n'en saurait y avoir, puisqu'il y a des Conseils Généraux hors de cause et dont on connaît les généreux et philanthropiques sentiments pour les aliénés ; mais ce qui importe toujours, en tout temps et en tous lieux, c'est de reconnaître les responsabilités engagées et de rechercher dans quelle mesure elles incombent dans bien des cas aux Conseils Généraux.

Un seul fait en donne la preuve. L'encombrement des Asiles est général ; à des degrés divers il existe partout ; la faute en est pour la plupart à la façon dont les Conseils Généraux ont compris et accepté leur devoir d'assistance aux aliénés.

Ce devoir était moralement tracé par la loi de 1838 ; les lois décentralisatrices de 1866 et de 1871 l'ont affaibli en rendant absolument facultatives les obligations des départements. De là est né un système économique qu'ont accepté les Conseils Généraux et qui consiste à payer un prix de journée inférieur au prix de revient et à combler la différence à l'aide de recettes provenant de malades étrangers au Département.

Ce système, plutôt fâcheux, a rendu nécessaire une nombreuse population, le gain sur chaque malade étant en somme minime ; il a conduit aux agrandissements successifs, aux constructions onéreuses, aux emprunts, etc... De là est née pour beaucoup une situation mauvaise, embarrassée et contre laquelle l'Administration supérieure est impuissante et qui n'a d'autre remède que la bonne volonté des Conseils Généraux ou la révision des lois actuelles.

Une chose cependant appartient à l'Administration supérieure, c'est de donner aux Asiles un personnel de choix et d'en assurer le recrutement. Cela a été fait et sans compter les hommes de grande valeur qui honorent depuis longtemps le corps médical des Asiles, nous avons la certitude d'avoir, par le concours régional d'abord, puis central, amené dans les Asiles publics ou privés, des médecins instruits, travailleurs, qui seront des médecins traitants et des administrateurs à la hauteur de la tâche difficile qui leur incombe.

J'ai tenu, dans ce Congrès, dans cet Asile irréprochable, hors de cause comme je l'ai dit, à exposer franchement cette situation. Non, je ne combats pas de parti-pris les Conseils Généraux ; mais je resterai leur adversaire résolu en présence de leurs défaillances, de leur indifférence pour les besoins de nos malades, là où ils se refusent aux dépenses les plus nécessaires d'entretien, là où ils s'opposent, comme plusieurs d'entre vous pourraient le dire, à l'augmentation du personnel médical, alors qu'un médecin est chargé seul de plus de 6, 7 et 800 malades.

Vis-à-vis des Conseils Généraux, comme auprès de l'Administration supérieure, je demeurerai le défenseur convaincu des médecins d'Asiles, car je sais ce qu'ils valent, les luttes qu'ils subissent, les difficultés

qu'ils ont à vaincre et le mérite qu'ils ont à accomplir toute leur tâche.

Je bois, Messieurs, à la prospérité croissante de l'Asile St-Luc, aux médecins des Asiles.

M. Brissaud, se levant à son tour, « rappelle qu'à la fin du » XVIIIe siècle il était de bon ton pour les dames de la haute » société d'aller voir les fous enchaînés de la Salpêtrière.

» Grâce aux principes humanitaires de la Révolution qui a » donné aux fous la dignité dans le malheur, en leur accordant » les bénéfices de la paix dans l'isolement et le travail, ils ne » sont plus un objet de curiosité malsaine, et les dames qui ont » suivi la visite du matin ont dû être bien déçues si elles s'at- » tendaient aux fortes émotions recherchées par les visiteuses » de jadis.

» L'infortune des aliénés de plus en plus adoucie et respectée » s'abrite aujourd'hui en un cadre riant où rien n'évoque le » sinistre passé.

» Il lève son verre à tous les Administrateurs de l'Asile » St-Luc et au Dr Girma qui depuis longtemps a supprimé la » camisole de force ».

Le toast suivant est porté par M. le Dr Crocq, délégué du Gouvernement belge :

MESSIEURS,

J'ai, je crois, le privilège, le triste privilège d'être le plus vieux des Congressistes étrangers : belges, suisses, roumains, etc., qui se trouvent à cette salle. Comme tel, je me permets, au nom de mes collègues non français, de remercier le Conseil Général des Basses-Pyrénées et l'Administration de l'Asile, pour la somptueuse réception qu'ils nous offrent.

M. le Maire nous disait, dans son discours d'ouverture, que rien n'était ménagé pour améliorer l'Asile de Pau ; que l'Administration comme la direction médicale si remarquable de M. Girma, cherchaient incessamment à le perfectionner. Nous avons pu nous convaincre que ce but a été atteint et que l'Asile de Pau est un des plus complets, un de ceux qui doivent servir de modèle pour l'assistance des malheureux inconscients que nous traitons.

Ce que nous constatons ici est certainement le résultat des efforts concordants et intelligents de l'Administration et du service médical ; mais c'est surtout, je crois, au fait que l'Asile de Pau a, à sa tête, un Médecin-Directeur que nous devons l'attribuer.

Vous vous rappelez sans doute encore, Messieurs, les doléances d'un

de nos collègues, médecin en chef d'un Asile départemental, qui déplorait son impuissance en présence d'une direction administrative qui contrecarrait tous ses projets.

La comparaison que je fais entre la situation de ce confrère et celle de M. Girma est, pour moi, d'un intérêt tout particulier ; vous savez, sans doute, que, parmi les quarante Asiles et Colonies que compte la Belgique, quatre seulement appartiennent aux autorités et ont à leur tête un Médecin-Directeur. Partout ailleurs, la direction est indépendante du service médical ; les médecins, en nombre insuffisant, ne logent pas à l'établissement et se contentent de faire, le matin, une tournée plus ou moins écourtée suivant les loisirs que leur laisse leur clientèle privée.

Nous luttons, à quelques-uns, contre cet état de choses, nous cherchons à convaincre nos dirigeants de l'urgence qu'il y a à réorganiser l'assistance de nos insensés. Pour ma part, je ne laisse pas échapper l'occasion de démontrer combien le système du Médecin-Directeur l'emporte sur celui des services indépendants : sans cesse, je proclame que les Asiles d'indigents doivent devenir provinciaux et avoir à leur tête un Médecin-Directeur fonctionnaire.

Je trouve ici la preuve éclatante du bien fondé de mes affirmations ; je crois que l'Asile départemental dirigé par un Médecin-Directeur constitue l'idéal vers lequel nous devons tendre et que nous arriverons certainement à réaliser dès que certaines difficultés budgétaires auront été aplanies.

J'admire le résultat obtenu ici ; je suis émerveillé des prodiges que l'Administration est parvenue à réaliser, en constatant qu'avec un capital initial de 300.000 francs, cet Asile s'est agrandi et transformé au point de valoir actuellement plus de deux millions, j'escompte les bénéfices fantastiques que doivent faire les propriétaires de nos Asiles privés qui contiennent plus de huit mille malades, dont la journée d'entretien est de beaucoup supérieure à celle de l'Asile de Pau et qui ne jouissent certes pas d'un confort plus grand ; je songe, malgré moi aux capitaux énormes soustraits aux aliénés et drainés vers des destinations inconnues !

Messieurs, vous avez entendu M. le Maire affirmer que le développement si remarquable de cet Asile est dû, en grande partie, à la direction intelligente et ferme de notre collègue, le Dr Girma. Vous m'avez entendu faire l'éloge de notre Secrétaire général lors de notre banquet par souscription, permettez-moi de le féliciter encore en sa qualité de Médecin-Directeur de l'Asile de Pau, d'associer à mon toast Mme Girma, la si gracieuse dame de la maison, et de lever mon verre en l'honneur de Mme et M. Girma.

M. le Dr Doutrebente, visant le toast de M. le Dr Crocq, s'exprime ainsi :

Mes chers Collègues et Amis,

Nous venons enfin d'entendre parler de nos Asiles dans des termes flatteurs bien faits pour nous procurer quelque satisfaction. C'est un médecin étranger, un habitué de nos Congrès, bien familiarisé avec l'organisation des Asiles français, le Dr Crocq, qui vient de s'exprimer ainsi.

Nous n'étions plus habitués à ce langage, nous autres médecins des Asiles français. On ne nous parlait plus que des Asiles d'aliénés étrangers, tous impeccables ; il fallait détruire les Asiles français voués à la fabrication des aliénés chroniques !

Et voilà qu'on nous invite à mieux regarder autour de nous, à constater les progrès réalisés chez nous et les améliorations incontestables obtenues dans nos Asiles départementaux. C'est pour nous un vrai régal et une joie infinie que je suis heureux de vous voir partager.

C'est qu'aussi notre ami et collègue Girma a fort bien fait les choses, il a rajeuni l'Asile de Pau, organisé de nouveaux services et a installé une infirmerie idéale, trop belle à mes yeux, parce qu'elle m'apparaît aujourd'hui peut-être supérieure à celle de Blois. J'avoue un petit accès de jalousie d'auteur qui ne m'empêche point d'adresser à mon collègue les plus sincères félicitations.

Je vous invite tous à porter la santé du Dr Crocq, de Bruxelles, en souvenir de ses bonnes et réconfortantes paroles. *(Triple ban d'applaudissements.)*

M. le Dr Giraud, de Rouen, clôt la série des toasts en joignant ses félicitations à celles que les précédents orateurs ont adressées aux Administrateurs de l'Asile St-Luc et salue en terminant M. Faisans, maire de Pau, qui sut si bien faire les choses dans la magnifique réception qu'il offrit aux Congressistes au Palais d'Hiver.

En sortant du banquet, M. Véran, habile photographe de Pau, prend une photographie collective des Congressistes, à titre de document du XIVe Congrès.

Une salle avait été préparée pour entendre les communications réservées pour l'après-midi de ce jour. Mais voilà qu'une proposition surgit réclamant le plein air pour cette séance.

Quelques instants après, sur les pelouses de St-Luc, à l'ombre des grands arbres, commençait la cinquième séance du Congrès qui ne prenait fin qu'à sept heures, pendant que Mme Girma faisait aux invités les honneurs de sa maison.

---

## Excursion à Lourdes

(JEUDI 4 AOUT)

Lourdes n'attire pas que des croyants. Le pittoresque de son site n'est pas étranger à l'affluence extraordinaire de ses visiteurs et la curiosité du psychologue peut encore trouver à se satisfaire au spectacle des foules qui évoluent autour de la grotte de Massabielle. Pour ces motifs une visite à ce pèlerinage fameux, qui n'est séparé de Pau que par un trajet de moins d'une heure en chemin de fer, avait été comprise par les organisateurs dans le programme des excursions.

Le départ de Pau eut lieu à 9 heures du matin. Arrivés à Lourdes avant 10 heures, les Congressistes se dispersent à leur guise du côté de la basilique ou dans la ville pour se retrouver bien exactement à midi au sommet du Pic du Grand-Ger, à l'altitude de 1.000 mètres, escaladé presque verticalement par un funiculaire qui, élevant lentement les Congressistes, leur permet de contempler à loisir, au-dessous d'eux, le panorama de Lourdes, les méandres du Gave dans la vallée d'Argelès et les vastes plaines de Bigorre et du Béarn, barrées au Sud par les hautes cimes des montagnes émergeant des nuages.

Après avoir quitté le funiculaire, les Congressistes franchissent quelques escarpements qui les séparent de l'Observatoire qui domine le Pic, et après un dernier regard sur le paysage encore plus étendu vu de ce poste, s'acheminent vers le restaurant voisin dissimulé dans un pli de la crête, où les attend le menu suivant :

POTAGE IMPÉRIALE
HORS D'ŒUVRE
TÊTE DE VEAU SAUCE TORTUE
PETITS POIS A LA FRANÇAISE
GALANTINE DE VOLAILLE A LA GELÉE
GIGOT DE PRÉ SALÉ A LA BROCHE
PUDDING
DESSERTS ASSORTIS

VINS
MÉDOC · CHAMPAGNE
CAFÉ · COGNAC

Au champagne, M. Arnaud, vice-président, lève son verre aux organisateurs du Congrès. M. Larrivé, de Meyzieu (Isère), porte un toast à M. Béni, le directeur du funiculaire, qui avait facilité l'ascension du Pic, vaincu les difficultés d'assurer un banquet confortable à tant d'invités, et prêté complaisamment une salle pour la séance des communications.

Il associe à son toast le personnel de l'Asile : Économe, Secrétaire et Commis de Direction dont le concours aimable a contribué au succès du Congrès.

Après la séance de communications qui suivit le déjeuner, descente sur Lourdes en funiculaire.

Ceux qu'intéressaient l'illumination de la basilique et les processions aux flambeaux des pèlerins purent jouir de ce spectacle avant de prendre le dernier train se dirigeant vers Pau. Les autres étaient de retour au siège du Congrès avant 6 heures.

---

## Réception du Congrès par la Société Médicale de Pau.

(SOIRÉE DU 5 AOUT)

Immédiatement après la séance de projections, la Société Médicale de Pau offrait une soirée aux Congressistes dans les salons du restaurant du Palais d'Hiver.

Soirée sans bruit, comme une soirée de famille, consacrée aux causeries amicales.

M. le Dr Lafont, président de la Société Médicale, dont la mort survenue quelques mois plus tard devait causer dans la ville la plus vive émotion et y laisser des regrets unanimes, sut dire, en termes choisis et avec l'accent d'une sincère cordialité, combien les médecins de Pau étaient heureux de fraterniser avec les savants réunis à ce Congrès, dont ils avaient suivi avec le plus vif intérêt les magistrales discussions. Il termine son improvisation, vivement applaudie, en portant un toast à l'éminent professeur Brissaud, président du Congrès, et aux dames Congressistes.

M. Brissaud remercie M. le Dr Lafont et la Société Médicale de Pau, dont il fait partie depuis sa fondation, de l'accueil fait au Congrès.

Partisan de la décentralisation scientifique, il dit que Pau, qui fut une Université, qui posséda un Parlement et fut une capitale, constitue encore un milieu qui se prête admirablement à cette décentralisation par suite du nombre et de la réputation de ses médecins.

Il lève son verre à la Société Médicale de Pau et à son très distingué Président.

La soirée se termina vers minuit.

---

## Déjeuner d'Izeste offert aux Congressistes par M. le Président Brissaud.

(6 AOUT)

---

Un pont à traverser sur le Gave d'Ossau, et de l'Hôtel de Ville de Louvie où venaient de prendre fin les travaux du Congrès, les Congressistes prenaient place, en un tumulte joyeux autour de petites tables, dressées au bord de l'eau, sous de grands arbres qui font de ce coin d'Izeste un paysage plein de fraîcheur, où s'arrêtaient invariablement jadis, avant l'introduction de la voie ferrée tous les excursionnistes de cette partie des Pyrénées, tous ceux qui montaient aux Eaux-Bonnes ou aux Eaux-Chaudes.

C'est à quelques pas plus loin que naquit de Bordeu dont la maison reçut ce jour-là la visite de plusieurs Congressistes.

M. Brissaud s'était reposé plusieurs fois en cet endroit quand il parcourait la montagne en ses vacances d'étudiant, et le souvenir plein de charme qu'il en avait conservé le lui avait fait choisir pour y réunir ses invités.

L'air pur et frais de la vallée avait dû surexciter l'appétit, car l'apparition d'une théorie de maîtres d'hôtel chargés de plateaux fumants, sortant de l'Hôtel des Pyrénées, fut saluée de marques explosives de satisfaction et bientôt le bruit des fourchettes faisait taire le gave habitué à jacasser dans sa solitude.

Quand on eut déjeuné et bien déjeuné, M. le Professeur Brissaud, ayant en mains un verre de ce vieux Jurançon doré dont s'était fortifiée l'enfance d'Henri IV, se lève et remercie les trois rapporteurs du Congrès MM. Deny, Sano et Kéraval, de l'éclat donné par leurs travaux si remarquables à la XIVe session des Médecins aliénistes et neurologistes. Il remercie encore le Dr Girma, l'organisateur de ce Congrès, et boit à tous ses collaborateurs, aux organisateurs du prochain Congrès de Rennes et à son succès.

M. Poeyarré, maire d'Izeste qui, avec M. Camps, maire de Louvie et M. Abbadie-Tourné, maire d'Eaux-Bonnes, avaient été invités à la table d'honneur, remercie M. Brissaud d'avoir voulu que le village où naquit de Bordeu reçut la visite d'un Congrès de neurologistes. « Il est facile dit-il, de trouver en ces montagnes le bloc de marbre dans lequel on pourrait tailler des statues, mais plus difficile d'en faire sortir la statue de Bordeu. » Il fait des vœux pour que de Bordeu ait un jour la sienne et boit à M. le Professeur Brissaud.

Au nom de la Société médicale de Pau, M. le Dr Monod prononce le toast suivant :

Messieurs,

Au moment où vous quittez Pau, après une semaine de séjour savamment et agréablement partagée entre le travail et le plaisir — plaisir des yeux, des cœurs (et pourquoi ne pas le dire?)... des estomacs — permettez-moi de prendre congé de vous, au nom de vos confrères palois, et de vous remercier d'avoir choisi Pau pour siège de ces brillantes assises scientifiques, dont l'éclat retentit déjà au loin en France et bientôt, par la voie de la presse, retentira dans le monde entier.

Et, comme il est toujours triste d'avoir à se dire adieu, laissez-moi atténuer la mélancolie de la séparation en vous assignant à tous de nouveaux rendez-vous en Béarn, dans de futurs Congrès ou lors d'excursions isolées dans nos Pyrénées.

Mon ami Brissaud me permettra de le remercier tout spécialement de sa réception cordiale et charmante de ce jour dans la riante vallée d'Ossau et de lui rappeler un souvenir qui remonte — malheureusement pour tous deux — à une époque bien lointaine, à un passé de plus de trente ans : je fais allusion à ce voyage pédestre que nous fîmes aux Pyrénées avec quelques autres bons amis, presque au début de nos études médicales. Partis de Guéthary, en traversant Orthez et Pau, nous passâmes à Izeste, en route pour Panticosa, et fîmes halte pour nous rafraîchir sous ces mêmes ombrages au bord du gave, à ce même

Hôtel des Pyrénées qui nous reçoit somptueusement aujourd'hui — nous doutant peu que nous nous y retrouverions, trente-deux ans plus tard, lui maître de la science, professeur à la Faculté de Paris, président du XIVe Congrès des Aliénistes et Neurologistes, moi modeste praticien de province et le plus humble des Congressistes — mais, en dépit de l'abîme scientifique qui nous sépare, heureux d'y fraterniser en face du Pic d'Ossau, et liés par la même intimité qui unissait les étudiants de 1872!

Mesdames, Messieurs, je bois au retour de nos hôtes d'août 1904 en Béarn; je bois à la santé du Professeur Brissaud et de Mme Brissaud, car aucun des convives ici présents ne me pardonnerait de séparer de lui, dans ce toast, sa digne et vaillante compagne qui, d'un bout à l'autre du Congrès, nous a tenus sous le charme de sa parole aimable et de son gracieux accueil.

M. GIRAUD, *de Rouen,* Président du XVe Congrès de Rennes, remercie la presse locale et tout particulièrement l'*Indépendant* qui a donné dans ses colonnes une si large place aux travaux du Congrès.

M. Ernest DUPRÉ, *de Paris,* improvise en vers le toast suivant :

Président qu'on acclame et Maître qu'on adore,
Béarnais de Paris et parisien de Pau,
Des deux nobles cités enfant plus noble encore
Et, sous des cieux divers, soldat d'un seul drapeau.

Accepte par ma voix le solennel hommage
D'un Congrès qui vécut, et meurt en volupté,
Parce que tu le fis, Brissaud, à ton image
Et qu'il fut, comme toi, Travail, Joie et Santé!

Joie et Santé! L'écho prochain des Pyrénées
Répète en ces trois mots nos vœux les plus sacrés,
Dans un concert mystique où se sont combinées
Les voix de la Nature et celles du Congrès!

Quel que soit le pays que ton civisme honore,
Quel que soit le sol où tu plantes ton drapeau,
Béarnais de Paris et parisien de Pau,
Tu resteras toujours le Maître qu'on adore!

M. GIRMA dit que les louanges réitérées que lui ont valu ses fonctions de Secrétaire général il sait ne les devoir qu'à l'amabilité d'un Président qui est la bienveillance même et à l'indulgence excessive des maîtres et des collègues qui l'entourent.

Mais il faut, ajoute-t-il, que l'on sache que toutes les bonnes pensées qui ont pu être réalisées dans le programme de ce

Congrès lui ont été inspirées par des initiateurs : MM. Crocq, Régis, Meige et Henry Meunier pour qui les détails d'organisation sont un jeu facile ; que dans son exécution matérielle il a trouvé des collaborateurs en MM. Lescamela, économe de l'Asile, Cabiran et Lacoste, secrétaire et commis de direction de ce même établissement, qui lui ont prêté à tout instant un concours précieux et dévoué.

Il lève son verre à tous ceux dont les lumières et la bonne volonté ont facilité sa tâche, et boit, en terminant son allocution, à M. le Président Brissaud dont il a été si heureux d'être le modeste collaborateur et à Mme Brissaud.

Prié par les représentants de la presse médicale de parler en leur nom M. Tissié remercie M. Brissaud des fortes émotions scientifiques qu'il a procurées à tous ceux qui cherchent la vérité et salue le maître éminent, le savant neurologiste, l'historien érudit, l'artiste délicat qu'est M. Brissaud.

Après cette série de toasts suivis de longs applaudissements, les Congressistes prennent le train pour Laruns où ils arrivent à 4 h. après un quart d'heure de trajet.

C'est dès lors dans les montagnes que les excursions vont se poursuivre.

---

## Excursion à Eaux-Chaudes et Eaux-Bonnes.

(APRÈS-MIDI DU 6 AOUT)

D'Izeste à Laruns, point terminus du chemin de fer de la vallée d'Ossau, le trajet est de quelques minutes à peine mais ne laisse pas d'impressionner le voyageur par la diversité de ses paysages et l'altitude des montagnes qui commencent à devenir imposantes.

A Laruns, toutes les voitures réquisitionnées suffisent tout juste pour enlever au trot des chevaux tarbais le bloc des Congressistes qui ne devait plus se laisser entamer avant la dislocation générale.

La caravane s'engage dans les gorges du Hourat qui enthousiasment ceux qui les voyaient pour la première fois. A Eaux-

Chaudes, visite de l'Établissement thermal, du Pont d'Enfer et, à 5 heures, les voitures redescendaient le gave du Hourat et remontaient vers Eaux-Bonnes par une route en lacets, bordée d'arbres encore en fleurs entre lesquels sont ménagées de jolies échappées sur la ville de Laruns et la longue et étroite vallée d'Ossau.

A Eaux-Bonnes, on se répand sur les belles promenades de cette célèbre ville d'eaux, on visite l'Établissement thermal et, vers 9 heures, les Congressistes ont à peine eu le temps de dîner que le bruit des bombes tirées sur la Promenade Horizontale les appelle à la soirée que la Municipalité avait organisée en leur honneur au Casino.

M. Abbadie-Tourné, maire d'Eaux-Bonnes et collègue de M. Brissaud au Conseil Général, qui était venu jusqu'à Izeste à la rencontre du Congrès, accueillait ses hôtes, assisté du Comité des Fêtes, avec cette grâce aisée qui est un don du Béarn ; et, oubliant leurs fatigues, oubliant même que la diane sonnerait pour eux avant 5 heures du matin, nombreux furent encore les Congressistes qui se laissèrent aller aux tentations d'un bal qu'égayaient les plus jolies toilettes.

---

## Traversée d'Eaux-Bonnes à Argelès par le Col d'Aubisque.

(MATINÉE DU 7 AOUT)

---

Le parcours d'Eaux-Bonnes à Argelès à travers les montagnes est de 40 kilomètres et il s'agissait de s'élever en voiture ou en automobile à une altitude de près de 1700 mètres.

D'après les calculs, le départ des voitures devait commencer à 5 heures du matin afin d'assurer l'arrivée à Argelès vers midi et de ne pas être trop relancées en route par les automobiles dont le départ avait été fixé par prudence à trois heures plus tard, soit à 8 heures.

Mais, hélas ! il y avait eu un peu de surmenage les jours pré-

cédents et il faisait bon dormir dans les hôtelleries de la fraîche station.

Il était près de 6 heures quand démarrèrent les premières voitures. Peu à peu toutes se mirent en marche, suivies de près par les automobiles qui s'ébranlèrent un peu avant 8 heures.

Une seule de ces dernières manqua à l'appel par suite d'une avarie survenue dans le trajet de Pau à Eaux-Bonnes. Ce fut le seul mécompte à enregistrer.

Par une dure montée, on atteignit la promenade de l'Impératrice. Ce fut alors une fraîche et riante course sous la forêt de hêtres aux contorsions fantastiques ; on passe le torrent du Valentin, on se montre la haute Cascade du Serpent descendant des pics au-dessus desquels on doit s'élever. A la forêt des hêtres succèdent les sapins d'une verdure sombre à travers lesquels la route est tracée en lacets rapides.

Une pauvre cantine, la seule habitation qu'on doit rencontrer avant d'arriver à Arrens, plutôt faite pour des pâtres que pour des touristes, est prise d'assaut par les Congressistes qui, surpris par la froidure du matin, se sentaient un appétit que les organisateurs n'avaient pas prévu. On se passe les miches de pain dur, on se partage quelques provisions de lait et de vin ; des œufs ayant été découverts, des confrères s'improvisant cuisiniers, les font frire prestement et les gobent de même.

A quelques pas de cette cabane, le paysage devient plus dénudé et aussi plus grandiose. On monte dans un cirque dominé par des masses écrasantes.

A droite, c'est l'énorme pic de Ger, puis le pène Médéa, le pène Sarrière, plus au Sud la cime aiguë de l'Ar Sourins, qui ferme dans le lointain la vallée d'Anglas. En face se profile la Latte de Baren aux contours déchiquetés. En arrière, comme au fond d'un abîme, on entrevoit toutes petites les maisons d'Eaux-Bonnes et, au débouché de la route de l'Impératrice, quelques points noirs qui ne sont autres que les automobiles qui commencent l'ascension.

Les voitures ne vont pas vite sur ces pentes rapides ; aussi quelques Congressistes que gagne la griserie des montagnes se risquent-ils à pied, coupant les lacets à travers les pelouses ou les escarpements de la montagne.

Au col d'Aubisque, tout le monde fait halte pour admirer à

l'aise l'immense panorama qui se déroule sous un ciel pur jusqu'aux dernières limites de l'horizon.

Au Nord, c'est le petit Lauriole et le Cinq-Monts ; à l'Ouest, le Cesques ; plus près, l'énorme Ger ; au Sud, les Taillades et la pointe du Gabizos, la Latte de Baren et le pic du Midi d'Arrens ; à l'Est, le Monné de Cauterets, les montagnes de Barèges et, dans le lointain, le pic du Midi de Bigorre ; tout près, le Granquet, point culminant de la chaîne qui sépare le bassin de Lourdes de la vallée d'Argelès, et çà et là, dans les crevasses des montagnes, la blancheur des neiges éternelles. De loin en loin on aperçoit, dans ces solitudes, des troupeaux épars de brebis et de vaches escaladant les pentes ou réunies au sommet de quelque piton dénudé.

La descente est encore plus impressionnante que la montée. La route serpente sur les flancs schisteux du Gabizos, parfois taillée dans les rocs dominant des précipices de plusieurs centaines de mètres de hauteur. On dévale ainsi à une allure prudente jusqu'au village d'Arrens, où commence une plaine qui, au milieu des prairies débouche à Argelès où les plus retardataires arrivent à une heure après-midi.

---

## Déjeuner offert au Congrès par l'Institut de thérapeutique physique. — Visite des Établissements de la Station d'Argelès.

(APRÈS-MIDI DU 7 AOUT)

---

M. Hébrard, directeur du *Temps*, M. Bouffard, préfet des Hautes-Pyrénées, MM. les Administrateurs généraux de l'Institut de Thérapeutique physique, les Drs Descamps et Judet, médecins de ces établissements, attendaient les Congressistes, à l'entrée de l'Hôtel du Parc, remarquable par son confort et sa belle tenue, qui avait été mis gracieusement à la disposition du Congrès.

Quand les 140 ou 150 convives qui avaient répondu à l'invitation de l'Institut d'Argelès eurent pris place autour d'une table

admirablement servie, dressée dans le parc à l'ombre pleine de fraicheur d'une voûte d'arbres impénétrable au soleil, M. René Dubois, président du Conseil d'Administration de la Société de l'Institut souhaite la bienvenue aux Congressistes et offre la présidence du banquet à M. le Professeur Brissaud, qui a à sa droite M. Bouffard, préfet du département des Hautes-Pyrénées, et à sa gauche M. Drouineau, inspecteur général des Services administratifs.

Avant de se séparer, M. le Professeur Brissaud, au nom du Congrès, dans une allocution pleine de chaleur et de verve, remercie la Société de l'Institut de l'accueil qui lui est fait. Il rappelle aux Congressistes les merveilles du pays qu'ils viennent de traverser et notamment de cette admirable et légendaire vallée d'Argelès. « Aussi, s'écrie-t-il, pourquoi la mode et le » snobisme font-ils ordonner à leurs malades par les médecins » français, tous les « baden » d'Allemagne et d'Autriche quand » ils ont en France ce décor et ce climat incomparables de la » vallée d'Argelès et un établissement qui peut rivaliser avec » les mieux installés de l'étranger ? »

Ensuite, M. Adrien Hébrard, directeur du *Temps*, se lève et, après avoir témoigné toute sa gratitude à M. le Professeur Brissaud pour les excellentes paroles qu'il vient de prononcer, il met sous la protection des dames présentes, femmes et filles de médecins et souvent leurs aides et leurs collaboratrices dévouées, l'Institut d'Argelès, certain qu'entre leurs mains son avenir sera prospère.

Cette charmante improvisation est suivie d'un discours de M. Bouffard, Préfet des Hautes-Pyrénées qui, après avoir constaté toutes les chances de succès de cet Institut naissant, demande au corps médical de le prendre sous son patronage.

On visite ensuite l'Institut sous la conduite de distingués confrères, M. le docteur Descamps, qui dirige la section des maladies nerveuses, et M. le docteur Judet, ancien interne des hôpitaux de Paris, chargé de la section d'orthopédie, puis les maisons de santé dont l'une est affectée aux maladies nerveuses et l'autre à la clinique d'orthopédie.

L'Institut, très bien organisé, comprend différents modes de traitement. Un pavillon est occupé par la mécanothérapie ; là se trouvent réunis, en outre des machines articulaires, des appa-

reils spéciaux pour le traitement des déviations vertébrales, des appareils de mensuration, une salle de moulage et d'appareils plâtrés. Le pavillon central comporte une installation très complète d'hydrothérapie. Un troisième pavillon est occupé par l'électrothérapie, avec salle spéciale pour la radiographie et la radioscopie.

Les sources qui alimentent l'Établissement thermal, situé dans ce même parc à quelques mètres de l'Institut, fournissent des eaux sulfurées sodiques froides.

L'impression remportée par le Congrès de la visite de ces Établissements fut en tous points excellente.

Des plus agréables aussi restera le souvenir de cette réception si large et si cordiale organisée avec tant de succès par M. Laprade, le distingué et sympathique ingénieur de l'Institut.

*
* *

Ainsi finit ce Congrès dont le succès accusé par le nombre inespéré, les titres des adhérents et l'importance de leurs travaux dépassa les attentes les plus optimistes sans surprendre toutefois ceux qui connaissent de longue date le prestige exercé par M. le Professeur Brissaud.

*
* *

Des renseignements avaient été recueillis pour faciliter, après l'exécution du programme officiel, les excursions isolées dans les Pyrénées et sur les côtes de Biscaye ; et pendant plus d'une semaine encore on rencontrait des Congressistes depuis le Cirque de Gavarnie et les cimes du Vignemale jusqu'aux plages de Biarritz et Saint-Sébastien.

Plusieurs exprimèrent le regret, à soumettre à l'initiative des organisateurs des futures réunions, que la durée de validité des billets de chemins de fer ne pût être prolongée au-delà de la quinzaine consentie jusqu'à ce jour par les Compagnies.

# TABLE DES MATIÈRES DES VOLUMES I & II

## VOLUME I. — **Rapports *in extenso*.**


Pages.

Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels, par le Dr P. Kénaval..... 1

Des Démences vésaniques, par le Dr G. Deny..... ..... 141

Les Localisations des Fonctions motrices de la moelle épinière, par le Dr F. Sano..... 223

Table particulière des Rapports..... 373


## VOLUME II. — **Comptes-Rendus.**


Préliminaires..... 5

Bureau du Congrès, p. 5. — Liste des Adhérents, p. 6. — Liste des Associés, p. 12. — Liste des Asiles adhérents, p. 13. — Règlement des Congrès, p. 15. — Compte-rendu financier du Congrès de Bruxelles, p. 17. — Choix du siège du Congrès. Nomination du Président, du Secrétaire général et des Rapporteurs pour 1906, p. 18.


### PREMIÈRE PARTIE


Comptes-rendus des séances, p. 19. — Séance d'Ouverture (lundi 1er août matin), p. 22. — Discours de M. le Maire, p. 23. — Réponse de M. Brissaud, p. 23. — Discours de M. Drouineau, Inspecteur général des Services Administratifs du Ministère de l'Intérieur, p. 24. — Discours de M. le Professeur Brissaud, Président du Congrès. Éloge de Théophile de Bordeu, neurologiste, p. 26.

*Séance du Lundi 1er Août (soir)* ..... 37

Installation du Bureau, p. 37. — Correspondance. Télégrammes du Congrès et de M. le Professeur FRANCOTTE, de Liège, p. 37. — Remerciements de M. le docteur MAXWELL, président d'honneur, p. 39. — M. DENY : résumé de son rapport sur les *Démences vésaniques*, p. 40. — Discussion de la question et communications qui s'y rapportent, p. 60. — M. V. PARANT, p. 60. — M. G. BALLET, p. 71. — M. E. RÉGIS, p. 78. — M. MASSELON : De certains caractères psychologiques de la démence précoce et des limites de cette affection, p. 83. — M. CROCQ, p. 89.

*Séance du Mardi 2 Août (matin)* ..... 99

Procès-verbal de la séance, p. 99. — Suite de la discussion du rapport du Dr DENY et communications qui s'y rapportent. M. DOUTREBENTE, p. 100. — M. VALLON, p. 103. — MM. PACTET et PRIVAT DE FORTUNIÉ, p. 105. — M. Paul GARNIER, p. 120. — M. COLIN, p. 123. — M. M. DIDE, p. 127. — M. Ernest DUPRÉ, p. 128. — M. KLIPPEL : Anatomie pathologique de la démence précoce, p. 129. — MM. Raoul LEROY et LAIGNEL-LAVASTINE : Un cas de démence précoce avec autopsie, p. 131. — MM. CAMUS et LHERMITTE : Recherches sur le sang des déments précoces, p. 139. Examen du liquide céphalo-rachidien chez les déments précoces, p. 142. — M. MARIE : Démence de la puberté, p. 143. — M. DENY : Réponse du Rapporteur, p. 147. — M. TISSIÉ, p. 150. — M. DUPRÉ, p. 150.

*Séance du Mardi 2 Août (soir)* ..... 151

Fin de la discussion sur les Démences vésaniques. M. BRISSAUD, p. 151. — M. SANO : Résumé de son rapport sur les *Localisations des Fonctions motrices de la moelle épinière*, p. 153. — Discussion du rapport de M. SANO et communications qui s'y rapportent. M. GRASSET : Les centres supranucléaires dans la moelle, p. 165. — M. PARHON, p. 168. — MM. CESTAN et BRISSAUD, p. 169. — M. SANO, pp. 170, 171, 173. — M. CABANNES, p. 171. — M. BRISSAUD, p. 172. — M. LAIGNEL-LAVASTINE : Note sur quelques centres sympathiques de la moelle épinière, p. 174. — MM. BRISSAUD et BAUER : A propos des modifications de la moelle consécutive aux amputations de membres chez le têtard, p. 178. — M. MARINESCO : Essai de localisation dans les ganglions sensitifs, p. 184.

*Séance du Mercredi 3 Août (soir)* ..... 193

Communications diverses. MM. DOUTREBENTE et L. MARCHAND : Deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains frais, p. 193. — M. DUPRÉ : Le Puérilisme démentiel sénile, p. 199. — MM. TATY et GIRAUD, de Lyon : Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleuse chez une idiote aveugle-née, p. 204. — M. COULONJOU : Quelques réflexions sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne, p. 208. — Discussion de la communication de M. COULONJOU : M. RÉGIS, p. 212. — M. CULLERRE, p. 214. — M. LALANNE, p. 214. — M. BRISSAUD,

p. 215. — M. Coulonjou, p. 216. — M. Doutrebente, p. 216. — M. Cruchet : Formes cliniques des tics unilatéraux de la face, p. 217. — Discussion de la communication de M. Cruchet : M. Meige, p. 231 ; M. Brissaud, p. 231. — M. Tissié, p. 236. — M. Cullerre : Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses, p. 236. — Discussion de la communication de M. Cullerre : MM. Brissaud, Meige, Mabille et Capgras, Dide et Deny, p. 245. — M. Sizaret : Note sur le traitement de la crise d'épilepsie, p. 246. — M. Pailhas : contracture grippale observée chez de vieux déments, p. 247. — M. Dupré : Réflexions sur la communication de M. Pailhas, p. 248. — M. Marie : Les habitués des Asiles, p. 248. — MM. Marie et Viollet : Sur la démence organique secondaire à quelques délires chroniques hallucinatoires, p. 259. — M. Dubourdieu : Caisse des retraites des médecins d'Asile d'aliénés, p. 262. — Vœux du Congrès relatifs à l'unification des Règlements des Caisses de retraites, p. 274.

*Séance du Jeudi 4 Août (soir)* ..... 277

Communications diverses. M. Claparède : Sur l'exploration clinique du sens musculaire et la corrélation de ses diverses modalités, p. 277. — Discussion : MM. Dide et Meige, p. 280. — M. L. Schnyder : L'examen de la suggestibilité chez les nerveux, p. 281. Discussion : MM. Régis, Crocq et Schnyder, pp. 296 et 297. — M. Crocq : Les phénomènes morbides d'habitude. Insomnie et attaque d'habitude, p. 297. Discussion : MM. Régis et Crocq, pp. 305 et 306. — M. Crocq : Un moyen épilepto-frénateur héroïque. Le décubitus latéral gauche, p. 307. — Réflexions de M. Meige sur ledit procédé, p. 311. — M. Foveau de Courmelles : Le radium en thérapeutique nerveuse, p. 311. — MM. Oberthur et Chenais : Psychasthénie et Diabète, p. 316. — MM. Oberthur et Bousquet : Contribution à la thérapeutique du Tabes. Le nitrite de soude, p. 317. — M. H. Lamy : Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme, p. 317. — M. M. Faure : Les formes fébriles du Tabes, p. 318. — M. André Léri : Relations cliniques de la cécité avec la paralysie générale et le Tabes, p. 320. — MM. Oberthur et Royer : Un cas de maladie de Raynaud, suivi de mort, chez une jeune fille hystérique et tuberculeuse ; examen anatomo-pathologique, p. 325. — MM. Briche, Raviart et Caudron : Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale, p. 326.

*Séance du Vendredi 5 Août (matin)* ..... 330

M. Kéraval : Résumé de son rapport sur *Les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels*, p. 330. — Discussion du rapport sur les aliénés criminels et communications qui se rapportent à cette question : M. Doutrebente, p. 338. — M. H. Colin, p. 342. — M. V. Parant, p. 359. — M. Pactet, p. 365. — M. Gimbal, p. 369. — M. Vallon, p. 373. — M. Ferré, p. 373. — M. Giraud, de Rouen, p. 373. — M. Drouineau, p. 374. — M. Brousse : Hospitalisation dans la Seine des aliénés dits vicieux, p. 374. — M. Dupré : Examen médico-légal d'un aliéné criminel récidiviste, p. 378. — M. Paul Garnier, p. 379. — M. Régis, p. 382. —

M. Crocq, p. 383. — M. Marie, p. 384. — M. Rey, p. 385. — M. Kéraval : Sa réponse aux argumentateurs, p. 389.

*Séance du Vendredi 5 Août (soir)*..... 392

Organisation du Congrès de Rennes, pour 1906, p. 392. — Vœux du Congrès à la suite de la discussion du rapport sur les Aliénés criminels, p. 392. — *Communications diverses :* MM. Brissaud et Brécy : Poliencéphalite supérieure aiguë hémorrhagique, p. 393. — MM. C. Parhon et J. Papinian : Étude anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue de la topographie des muscles atrophiés et des localisations médullaires, p. 395. — MM. Parhon et Goldstein : Contribution à l'étude des représentations motrices du membre inférieur dans la moelle inférieure de l'homme, p. 397. — M. Dupré : Euphorie délirante des phtisiques. Étude anatomo-clinique, p. 400. — Discussion : MM. Brissaud, Dupré, Cestan et Arnaud, p. 402. — M. Mabille : Traumatisme et délire alcoolique, p. 402. — M. H. Meige : Migraine ophtalmique, Hémianopsie et Aphasie transitoires, Hémiface succulente, Photophobie et Tic de clignement, p. 403. — Discussion : MM. Cabannes, Pitres, Dupré et Meige, p. 417. — M. Brissaud, p. 419. — MM. Fernand Rudler et C. Chomel : Des stigmates physiques, physiologiques et psychiques de la dégénérescence chez l'animal, en particulier chez le cheval, p. 419. — M. Cabannes : Névrite et atrophie optique dans l'érysipèle facial, p. 442. — MM. Cabannes et Robineau : Recherches sur la sensibilité normale de la cornée et de la conjonctive, p. 443.

*Séance de Projections, 5 Août*..... 447

M. Sano : Coupes sériées d'embryons humains de divers âges, p. 447. — M. Deny : Types cliniques de psychoses catatoniques, p. 447. — M. H. Meige : Documents figurés représentant d'anciennes pratiques chirurgicales contre les psychoses, p. 449. — M. Ph. Tissié : Éducation physique et neuro-pathologie, p. 465. — M. Sano : Réflexions à propos de la communication de M. Ph. Tissié, p. 470. — M. Bérillon : La méthode hypno-pédagogique. Ses applications au traitement des habitudes vicieuses chez les enfants, p. 481.

*Séance du 6 Août (matin)*..... 491

Ouverture de la séance à l'Hôtel-de-Ville de Louvie, p. 491. — *Communications diverses :* M. Bérillon : Le dispensaire anti-alcoolique de Paris et le traitement des buveurs d'habitude, p. 492. — M. Lannois : Myotonie avec atrophie musculaire, p. 493. — M. Dupré : Aphasie avec mouvements associés du membre supérieur droit, p. 502. — M. Crouzet : Le climat de Pau et les nerveux, p. 503. — M. Royet : Les vertiges par symphyses salpyngo-pharyngiennes. Notion nouvelle essentielle pour le diagnostic et le traitement des vertiges, p. 505. — Discussion de la communication de M. Royet : MM. Régis, Pitres et Meige, p. 522. — MM. H. Meige et Peindel : Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance, p. 522. — M. Crocq : Le phénomène plan-

taire combiné. Étude de la réflectivité dans l'hystérie, p. 536. — M. Bonnier : Schéma bulbaire, p. 554. — MM. Sicard et Oberthur : Malformations crâniennes et syndrôme bulbaire, p. 559. — Lucien Picqué : De quelques considérations sur les psychoses puerpérales, p. 560. — M. Ch. Mirallié : Délire de possession par les reptiles. Délire de grossesse et entéro-colite muco-membraneuse, p. 562. — M. Maurice Page : Douleur épigastrique suraiguë dans la neurasthénie, p. 567.

---

## DEUXIÈME PARTIE

Comptes-rendus des réceptions, fêtes et excursions du Congrès, p. 571. — Visite du Château de Pau, p. 573. — Réception par M. Faisans, Maire de Pau, et Mme Faisans, p. 574. — Banquet par souscription, p. 575. — Allocutions de M. le Professeur Brissaud, de M. le Dr Crocq, p. 575. — Visite de l'Asile St-Luc, p. 577. — Historique de l'Asile St-Luc et son organisation actuelle, p. 578. — Banquet offert à l'Asile par le Conseil Général des Basses-Pyrénées, p. 596. — Discours de M. Gilbert, Préfet des Basses-Pyrénées, p. 598, — de M. Valery Meunier, Président de la Commission de surveillance de l'Asile, p. 599, — de M. l'Inspecteur général Drouineau, p. 600, — de M. Brissaud, p. 602, — de M. Crocq, p. 602, — de M. Doutrebente, p. 604. — Excursion à Lourdes et ascension au pic du Ger, p. 605. — Banquet au pic du Ger, p. 605. — Réception par la Société Médicale de Pau, p. 606. — Déjeuner d'Izeste offert par M. le Président Brissaud, p. 607. — Toasts de MM. Brissaud, Poeyarré, Monod, Dupré, Girma, Tissié, p. 608. — Excursion à Eaux-Chaudes et Eaux-Bonnes, p. 610. — Traversée du Col d'Aubisque, p. 611. — Déjeuner offert au Congrès par l'Institut de thérapeutique physique, p. 613.

PAU. — IMPRIMERIE-STÉRÉOTYPIE GARET, RUE DES CORDELIERS, 11
J. EMPÉRAUGER, IMPRIMEUR

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

MAR 1 1 1963

PC
327
C657
v.1-2
1904-05
STEAM

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR
PALO ALTO, CALIFORNIA